



Presentiamo nelle pagine di **Aggiornamento** un articolo della collega Roberta Centrella su: "Le competenze infermieristiche nell'ospedale per intensità di cure: il modello toscano".

Nell'articolo viene presentato il "primary nursing" come **modello assistenziale di gestione dell'assistenza**. Il modello indica un medico e un infermiere tutor responsabili della "presa in carico del paziente". Altra cosa è il **modello organizzativo, di tipo manageriale**, di cui si sente parlare oggi, che non sostituisce il modello assistenziale.

Il modello manageriale, di gestione dei servizi, suggerito dalla regione Toscana è quello "lean" preso dal Sistema Toyota, che recupera l'organizzazione tipo "catena di montaggio", rivisitata in chiave moderna, focalizzandosi sugli obiettivi di miglioramento della cura dei pazienti.

LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE NELL'OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURE: IL MODELLO TOSCANO

di Roberta Centrella

"L'Ospedale ha sempre rappresentato di per sé un valore e un punto di riferimento per la collettività..." è quanto dice il Piano Sanitario della Regione Toscana 2008/2010, in fase di approvazione, introducendo il tema dell'**Ospedale per Intensità di Cura**.

Lo scenario in cui va inquadrato è quello dell'attuale contesto tecnico-scientifico, demografico e socio-culturale: l'evoluzione della tecnologia coinvolge la diagnostica per immagini, le tecniche chirurgiche, la genetica, ecc.

Viviamo in un momento in cui spesso non si guarisce ancora dalle malattie, ma più che in passato si curano, mantenendo un buon livello di qualità della vita e una necessità assistenziale prolungata.

L'Ospedale non è altro che un nodo, certamente fondamentale complesso e costoso, di una rete sanitaria formata anche dai MMG (Medici di Medicina Generale), centri diagnostici, centri di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza socio-sanitaria.

Concepire, realizzare e gestire tale Ospedale deve corrispondere alle esigenze dei nuovi contesti, tenendo conto della specificità del territorio di riferimento al fine di assicurare sempre cure appropriate, attraverso la pratica clinica integrata, la ricerca e la formazione.

Il nuovo Ospedale deve essere centrato sulla persona: un insieme di tecnologia e umanità, in cui l'Infermiere, relativamente alla propria competenza, può avere un importante ruolo fin dai primi passi del processo di ideazione.

I dieci principi informativi cui deve attenersi il nuovo Ospedale, definiti dalla commissione ministeriale, sono tra loro strettamente interrelati e a ognuno conseguono precise azioni sul piano progettuale e operativo:

1. **UMANIZZAZIONE: centralità della persona**
2. **URBANITÀ: integrazione con il territorio e la città**

3. **SOCIALITÀ: appartenenza e solidarietà**
4. **ORGANIZZAZIONE: efficacia, efficienza e benessere percepito**
5. **INTERATTIVITÀ: completezza e continuità assistenziale**
6. **APPROPRIATEZZA: correttezza delle cure e dell'uso delle risorse**
7. **AFFIDABILITÀ: sicurezza e tranquillità**
8. **INNOVAZIONE: rinnovamento diagnostico, terapeutico, tecnologico, informatico**
9. **RICERCA: impulso all'approfondimento intellettuale e clinico - scientifico**
10. **FORMAZIONE: aggiornamento professionale e culturale.**

L'**Umanizzazione** rivolta al paziente principalmente, ma che non nega attenzione anche alla qualità di lavoro degli Operatori, s'identifica con un ambiente a misura d'uomo, confortevole, dove tutto, dall'architettura agli arredi, i colori, i suoni, la segnaletica, la pulizia comunicano accoglienza.

L'Ospedale non deve "proteggere" i sani dai malati, ma essere aperto verso il territorio, tenendo conto dei processi di trasformazione della città, con una localizzazione che ne permetta la massima fruibilità e percorsi sicuri.

Un Ospedale inteso, quindi, come complesso multifunzionale, inserito nella comunità sociale per riscoprire il valore della solidarietà, aperto ad attività "peri-sanitarie", che significa affiancamento di esercizi commerciali, servizi e spazi per attività culturali.

Si supera il modello tradizionale, verticale, per funzioni, a favore di un'organizzazione orizzontale, per processi, in cui il dipartimento favorisce l'uso ottimale delle risorse *con la formulazione di linee guida e protocolli*.

Accoglienza, comfort, cortesia significano benessere percepito, *Professionalità* significa efficacia, *Gestione corretta* significa efficienza.

Segreterie e studi medici saranno lontani dalle

degenze, le degenze saranno intercambiabili, utilizzate da unità operative con differenti specialità e differenti livelli d'intensità di cure.

Obiettivo primario sono *l'integrazione e la continuità del processo*, che comportano *stretta collaborazione con il territorio* sia prima, che dopo, che durante il ricovero, con la possibilità di prenotazione o trasmissione telematica di esami, dati, risultati.

La correttezza delle cure, l'uso razionale delle risorse e la migliore organizzazione, sono importanti parametri da osservare per un Ospedale in grado di servire aree anche ampie, pur con dimensioni contenute dato dall'abbassamento della degenza media, l'ospitalità in albergo per auto-sufficienti che richiedono la vicinanza dell'Ospedale, ecc...

Per conservare un'immagine di affidabilità e sicurezza in termini clinici e ambientali, occorre *la preparazione, l'aggiornamento e l'impegno* di tutti gli Operatori e *reali capacità di collaborazione*.

Parole chiave, in seno alla necessità d'innovazione, sono: **interscambiabilità, espansione, flessibilità** a fronte dei cambiamenti tecnologici e organizzativi.

Con la ricerca clinico-scientifica e intellettuale ed anche la formazione che l'Ospedale persegue e promuove, si pongono le basi propedeutiche al raggiungimento e mantenimento dell'obiettivo primario di questo modello che è l'alta qualità dell'assistenza.

Diversamente dal passato, *ora sono le strutture, fisiche e organizzative, che si adattano alle funzioni* e non viceversa, *in un'ottica in cui i processi integrati* e predefiniti di diagnosi e cura *si realizzano* non nei reparti tradizionali, ma *il più possibile in settori comuni*.

E' da rilevare:

1. la capacità di prestazioni complesse a fronte di una capienza contenuta dell'area di degenza;
2. la graduazione di intensità di assistenza;
3. il contenimento dei tempi di ricovero;
4. la continuità dell'assistenza;
5. lo sviluppo delle prestazioni in ambulatorio e diurne;
6. l'alta utilizzazione delle attrezzature specialistiche;
7. l'alta flessibilità strutturale e di utilizzo;
8. la dimensione contenuta e compattezza della struttura con ottimizzazione dei percorsi;
9. l'organizzazione per processi di cura;
10. la contiguità dei servizi più utilizzati nell'ambito dei percorsi di diagnosi e cura;
11. l'ottimizzazione dei flussi;
12. la sicurezza e contenimento del rischio;
13. l'integrazione con la città e il contesto socio-culturale;
14. il coordinamento con le altre strutture del SSN.

Quest'Ospedale organizzato in dipartimenti, "aperto", dove i processi integrati e la centralizzazione dei servizi sostituiscono la precedente tipologia di assistenza per compiti, è in grado di conciliare le nuove esigenze assicurando l'eccellenza del rendimento.

Il ruolo dell'Infermiere nell'équipe e gli strumenti d'integrazione nel nuovo Ospedale per acuti

Nel nuovo Ospedale per Intensità di Cura, secondo il documento della Scuola Sant'Anna di Pisa riguardante le "Trenta tesi", si passa dal principio di "hosting" al principio del "case management", per cui occorre *introdurre modelli di lavoro multidisciplinari per processi e obiettivi, con la definizione di linee guida e protocolli condivisi, creando ruoli professionali coerenti col nuovo sistema*.

Il livello ottimale di gestione (gestione letti e gestione risorse) è l'Area Funzionale per cui andranno a svilupparsi le figure di Responsabile di Area e di Infermiere Coordinatore di Area.

In conseguenza a ciò *le tradizionali figure di gestione mediche e infermieristiche rafforzeranno la propria funzione con la garanzia e lo sviluppo delle competenze cliniche, il presidio dei percorsi, la pratica basata su evidenze scientifiche*.

La presa in carico del paziente è realizzata dall'Infermiere referente e dal Medico tutor e quest'ultimo è anche referente informativo per il paziente e i familiari ed interlocutore del MMG: prende in carico il paziente entro 24 ore dall'accettazione, stende il piano clinico ed è responsabile del singolo percorso. Egli ha competenze comunicative e capacità di gestione, da supportare con percorsi formativi, valutare e mantenere nel tempo. Il direttore di Unità Operativa di riferimento assegna il caso al Medico tutor.

L'evoluzione della professione infermieristica culmina con **la legge 251/00** di disciplina delle professioni sanitarie, che **attribuisce agli Infermieri diretta responsabilità e gestione dell'attività di assistenza**, per le funzioni connesse, **con autonomia professionale**.

Si richiede che anche legislativamente lo stesso ruolo infermieristico sia valorizzato, utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi e modelli d'assistenza personalizzata.

Questo significa presa in carico del singolo paziente tramite un progetto assistenziale del quale si fa garante un *Infermiere Referente* che è *responsabile del risultato finale*.

L'*Infermiere Referente* ha competenze cliniche e/o di pianificazione e al suo fianco, *gli altri infermieri "associati"* applicano il programma previsto e *garantiscono* continuità assistenziale in assenza del Referente.

Affinché sia possibile concentrarsi sull'assistenza avanzata, è doverosa e necessaria per gli Infermieri la *rivalutazione delle figure di supporto* per eliminare dal proprio carico di lavoro le incombenze di tipo alberghiero.

Meccanismi di coordinamento interprofessionali come il "giro medico" rappresentano momenti importanti di scambio e confronto tra le professioni: adesso questo diventa più critico dato che, nell'organizzazione per aree, ci sono letti limitrofi di specialità diverse accomunati dallo stesso livello di cure richiesto.

In questo senso un'estesa standardizzazione degli strumenti informativi diventa un ausilio indispensabile, assieme a *briefing giornalieri* che aiutano a ridurre ai soli casi più complessi la contemporanea presenza di figure professionali durante il giro visita, favorendo miglior comunicazione e clima lavorativo.

Il documento della Scuola Sant'Anna di Pisa riguardante le "Trenta tesi", lascia aperto l'interrogativo su come possa avvenire l'integrazione fra Medico tutor e Infermiere referente in alcune precise circostanze operative come la dimissione.

Una nota a parte va fatta per la terapia sub intensiva dove si ritiene che in questa area il Medico tutor sia lo stesso che ha preso in carico il paziente nell'area iniziale, mentre l'anestesista, garante della qualità tecnica delle prestazioni in sub intensiva, affianca il Medico tutor come suo consulente per quel periodo. Resta dubbio il ruolo e l'integrazione del Medico tutor e dell'anestesista/rianimatore data l'instabilità del paziente in sub intensiva.

Per la valorizzazione della linea di carriera si presuppone una politica attenta allo sviluppo delle risorse umane, tenendo presente che gli attuali contratti non ostacolano i percorsi di carriera professionale, che devono essere però chiari e condivisi.

L'effettiva presa in carico del paziente e la realizzazione di nuovi ruoli professionali si realizza tramite percorsi clinici integrati che significa integrazione delle competenze e uniformità dei processi alle migliori evidenze cliniche con conseguente minore variabilità di comportamenti professionali ma anche coinvolgimento del paziente nel processo di cura.

Il principale strumento d'integrazione delle competenze, presupposto della continuità e della personalizzazione dell'assistenza è **la cartella clinica integrata**.

Questa deve essere fruibile da tutti gli Operatori, fornire l'informazione che serve, dove serve e solo a chi è deputato a farne uso, deve contenere i dati anagrafici e socio sanitari, del ricovero e degli interventi fatti dalle varie figure coinvolte, evitando al Medico di dover trascrivere la terapia

e permettendo all'Infermiere un'agevole registrazione della somministrazione.

Ci interessa ricordare, a questo proposito, che la cartella clinica informatizzata risponde ai nuovi requisiti perché permette un'immediatezza nell'acquisizione delle informazioni con completezza dei dati, la profilazione degli accessi, l'utilizzo dei dati della diagnostica pre e post operatoria, un follow up confrontabile e multidisciplinare.

La Cartella Clinica informatizzata è il principale strumento d'integrazione per le varie figure che convergono sul paziente, per accompagnarlo nel processo di assistenza a fasi, in modo completo, chiaro e fruibile (just in time), prevedendo sezioni comuni e sezioni di specialità: si può affermare che l'Infermiere di domani dovrà essere in grado principalmente di sviluppare queste nuove capacità professionali, d'integrazione e di lavoro in équipe e si dovrà affrontare anche il tema del bed management, di cui resta da definire la competenza.

A differenza di quanto si prevede per la Regione Toscana, **in altre realtà** come ad esempio quella dell'Azienda di Lecco (vedi l'intervento di C. Dadda al già citato II Congresso IPASVI di Lucca), dopo varie fasi di passaggio **si è giunti a un'assegnazione del posto letto non più fatta dal Medico, ma dall'Infermiere e dal Coordinatore che assieme valutano il carico assistenziale** del settore.

Ciò sarebbe auspicabile anche per le nostre realtà, magari anche con un adeguato periodo di sperimentazione che veda coinvolti tutti i professionisti del gruppo assistenziale.

Secondo queste tesi *l'Infermiere referente vede l'assegnazione dei casi in base alla sua competenza clinica e/o di pianificazione*, ma non si specifica certo la necessità della formazione attraverso stage e aggiornamenti periodici, a differenza del Medico tutor per il quale, specificamente, si rileva la necessità di un supporto con percorsi formativi ad hoc.

Il Medico tutor viene presentato come colui che si interfaccia con il MMG, il paziente ed i familiari, ma *questo ruolo è sicuramente da condividere anche con l'Infermiere*, competente e capace di ascoltare, educare, comunicare e negoziare con pazienti, familiari, medici e colleghi: **l'Infermiere**, come vediamo nella pratica di tutti i giorni, **è un punto di riferimento e coordinamento importante** durante l'intero percorso del paziente in Ospedale.

Conclusioni

Negli anni si sono studiate e applicate in campo sanitario diverse varianti organizzative e la costante, spesso confermata, è una professione medica incentrata sulla malattia che tende ad alienarsi dal malato, **in contrapposizione** ad



crescente affermarsi degli elementi tipici **del disciplinare infermieristico quali la centralità dell'assistito, la continuità assistenziale e l'approccio olistico.**

La caratteristica del nuovo assetto ospedaliero vuole essere proprio la giusta organizzazione e guida dell'attività medica e infermieristica per rispondere in modo appropriato ai bisogni del malato, espressi e non espressi, attraverso la corretta valorizzazione delle diverse professionalità.

A oggi non possiamo più attenderci una struttura lavorativa verticistica ma collaborativa, dove **il progetto di cura permette di creare un coordinamento inter e intra professionale e dove proprio gli infermieri possono assumere un ruolo strategico per il cambiamento del sistema.**

Ma come si colloca nella realtà attuale il nuovo Ospedale?

Ragioni socio-economiche e professionali rappresentano sicuramente un terreno fertile per la nascita della nuova concezione di Ospedale. Basta pensare all'invecchiamento della popolazione, allo sviluppo tecnologico, alla crescente presenza di malattie croniche e alla scarsità di risorse con conseguente necessità di cure a domicilio, ma anche alle recenti riforme sanitarie e all'evoluzione che ha coinvolto le professioni negli ultimi anni.

Oltre a questo, il nuovo apparato ospedaliero s'imbatte in Toscana, come più in generale in tutto il territorio italiano, nella presenza di strutture che richiedono profonde revisioni dal punto di vista logistico/tecnologico o che risultano del tutto obsolete. Nell'Europa unita lo sviluppo dei nuovi Ospedali deve andare di pari passo con il mantenimento degli standard normativi in ambito tecnico/scientifico.

Inoltre, se è vero che in diverse regioni e anche in Toscana si stanno portando a compimento importanti progetti di Ospedali orientati all'alta tecnologia e alla cura dell'acuzie, questo non avviene con la stessa tempistica in tutto il Paese a scapito di uno sviluppo organico dell'istituzione sanitaria e conseguente sperequazione di trattamenti.

In ogni caso, per procedere veramente verso un nuovo assetto, è fondamentale che la rete dei servizi di collegamento (*Ospedale-Territorio e Territorio-Ospedale*) sia riorganizzata affinché non si creino interruzioni o carenze del servizio stesso. Ad esempio, **riorganizzando la primary care** ossia l'assistenza di base ambulatoriale territoriale, **le funzioni di riferimento del pronto soccorso o del MMG possono favorevolmente spostarsi verso ambulatori infermieristici**, soluzioni innovative in grado di ampliare il sistema di erogazione delle prestazioni qualificate e di ottimizzare l'assistenza con costi contenuti.

All'interno dell'ambulatorio il contatto è breve perché basato sulle visite, ma si protrae nel tempo

e ciò permette di instaurare un rapporto di fiducia con gli Operatori, garantire continuità assistenziale ed anche essere un importante anello per il passaggio al domicilio, nel caso di dimissioni anticipate o per percorsi integrati socio-sanitari.

L'Ospedale può diventare così quel grande polo tecnologico tanto auspicato, per affrontare diagnosi precoci, terapie veloci e un passaggio rapido al domicilio per una gestione sanitaria sicura e di qualità.

Nel modello toscano di Ospedale per acuti, si prospetta una implementazione del modello del **primary nursing**, che vede una specifica responsabilità infermieristica dell'assistenza, ma che (a mio avviso) stenta in una piena valorizzazione di questa figura, allorché si **riferisce specificamente al Medico la competenza di comunicazione e interlocuzione con familiari e pazienti e la responsabilità di gestione dei percorsi assistenziali.**

D'altronde sappiamo bene che il modello organizzativo assistenziale del **case management o primary nursing** di seconda generazione, è considerato estensione e miglioramento dei concetti del precedente modello.

La gestione infermieristica qui non consiste solamente nella presa in carico del paziente da parte del case manager, ma in una pianificazione dell'assistenza attraverso profili clinici di cura sviluppati all'interno del team multidisciplinare: si esula da un metodo assistenziale monodisciplinare per affidare all'infermieristica un ruolo professionale sviluppato per competenza clinica, manageriale/finanziaria e comunicativo/relazionale.

Pertanto, si rende necessario un ulteriore approfondimento e sviluppo relativo ai diversi ruoli professionali della nuova gestione, la specificazione dei momenti di integrazione e di coordinamento tra le diverse figure professionali confidando che, a fronte dell'accresciuta responsabilità e autonomia legittimata agli infermieri, corrisponda una classe medica in grado di accettare i nuovi ruoli senza timore di sovrapposizioni di competenze.

Questo investimento culturale sarà necessario per l'introduzione di un nuovo modello di assistenza e permetterà di affrontare il cambiamento, perché il personale dovrà essere preparato e motivato grazie alla valorizzazione della formazione (sia post-base che continua), la quale deve includere fasi congiunte medico-infermieristiche, tanto efficaci per il confronto e per l'organizzazione delle attività d'integrazione, per superare resistenze ed incertezze e per conservare un equilibrio tra le varie esigenze che tuttavia mantiene la persona al centro dei processi.

Dott.ssa Infermiera Roberta Centrella