

Il processo di assegnazione nel Primary Nursing: uno strumento per il coordinatore infermieristico

Rosa Carpentiero¹, Cristina Mazzi², Lucia Rossi³

¹Infermiere, Hospice ASST Lodi

²Infermiere coordinatore, Oncoematologia ASST Lodi

³RAD, Dipartimento Oncologico ASST Lodi

Corrispondenza: rossrox22@gmail.com

INQUADRAMENTO

Il modello organizzativo dell'assistenza personalizzata o Primary Nursing, nato alla fine degli anni '60 negli Stati Uniti, è basato su un'assistenza diretta e completa alla persona da parte di un infermiere di Riferimento che prende in carico l'assistito dall'ingresso alla dimissione 24 ore su 24, pianificando e definendo gli obiettivi assistenziali e assicurandosi che tutte le informazioni rilevanti siano trasmesse a coloro che sono coinvolti nell'assistenza, compresi i familiari.

In sua assenza è presente un infermiere Associato per garantire la continuità dell'assistenza e la collaborazione con gli altri componenti dell'equipe. Dal punto di vista infermieristico, il modello contribuisce ad incrementare il senso di autonomia e controllo sul lavoro; dal punto di vista dell'assistito i risultati sono in termini di soddisfazione rispetto alle cure (relazione, trasferimento di informazioni, supporto sociale, continuità, coinvolgimento nella presa di decisioni e scelta tra varie opzioni assistenziali).

Il coordinatore infermieristico è responsabile delle assegnazioni dei casi agli infermieri di riferimento e associati, "allenatore" nella pianificazione assistenziale e supporto nel processo decisionale. Il modello implica un rinnovo necessario del ruolo di coordinatore, che svolge la sua leadership al letto del malato e ha esperienza diretta nella relazione che l'infermiere stabilisce con l'assistito, quindi parte attiva nel processo clinico-assistenziale. Introdurre un nuovo modello organizzativo rappresenta una sfida che comporta cambiamenti importanti e la possibilità di trovare ostacoli, resistenza da parte del gruppo, per cui il successo o il fallimento ruotano intorno a questa figura-chiave che promuove e guida il processo di cambiamento e innovazione. Le ricerche, infatti, mostrano quanto le pratiche di supporto da parte del coordinatore siano cruciali per il successo e l'implementazione del Primary Nursing.

CONTESTUALIZZAZIONE DEL PERCORSO DI MIGLIORAMENTO/ESPERIENZA

Il Primary Nursing viene introdotto nel reparto di Oncoematologia di Lodi a maggio 2018 e rappresenta il reparto pilota di implementazione del modello nell'ASST di Lodi. Attualmente non c'è uno strumento che supporti oggettivamente il coordinatore infermieristico nelle assegnazioni degli assistiti agli infermieri di riferimento, le quali avvengono grazie alla lunga esperienza in campo oncologico e alla conoscenza dei propri collaboratori.

A seguito di un'esperienza di tirocinio nel suddetto reparto, durata da gennaio a settembre 2019, e considerando la necessità di sviluppare progetti complementari al Primary Nursing, si è pensato ad un processo e alla proposta di uno strumento che permettesse di incrociare in tempi brevi le abilità infermieristiche con una stima del carico assistenziale del malato pre-ingresso, in modo che ogni assistito potesse avere l'infermiere di riferimento, e di conseguenza l'associato, più idoneo a rispondere ai suoi bisogni assistenziali. Successivamente, dopo approvazione della proposta, a novembre 2019, è stato sviluppato un progetto di formazione sul campo per il

coordinatore infermieristico, che prevedeva una giornata di formazione teorica sul programma delle assegnazioni, compilazione delle schede infermieristiche per definire i livelli di abilità del personale, compilazione delle schede assistiti per la stima del carico assistenziale e simulazione delle assegnazioni nel programma. Il periodo di prova retrospettivo ha indagato una settimana e sono state analizzate 31 assegnazioni. Si sono poi confrontate le assegnazioni già effettuate con quelle proposte dal programma. Una seconda giornata è stata dedicata al resoconto del periodo di prova, report e discussione di criticità emerse per il miglioramento dello strumento.

Obiettivi del progetto

Fornire al coordinatore infermieristico uno strumento a supporto delle assegnazioni degli assistiti agli infermieri di Riferimento nel modello Primary Nursing con percorso di formazione sul programma "Assegnazioni".

RISULTATI

Durante il periodo di formazione sono state effettuate le valutazioni delle abilità infermieristiche, precedute dalla mappatura delle competenze, sia cartacee che elettroniche definendo dei livelli da 0 a 4 per gli infermieri. Il coordinatore infermieristico è stato formato all'utilizzo del programma "Assegnazioni" e all'inserimento degli assistiti per definire la stima del carico assistenziale (5 tipologie di pazienti). Nella figura 1 si riassume il processo logico del lavoro.

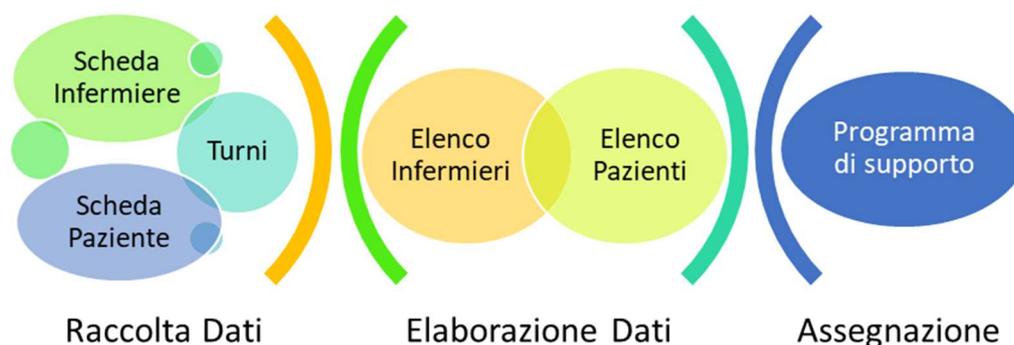


Figura 1. – Schema processo logico assegnazione Primary Nursing.

Per la scheda infermiere si sono identificate due aree e i principali item di competenza, basandosi sulle schede di valutazione del neoassunto in uso aziendale. L'area di Abilità Medica, che comprende tutti gli item trasversali (validi in tutti i reparti), e l'area di Abilità Specialistica, specifica per ogni contesto, in questo caso il reparto di Oncoematologia. Ad ogni area si è assegnato un peso, pari ad 1/3 per l'Area Medica e a 2/3 per l'Area Specialistica, e per ogni item si è identificato un peso specifico in base al livello di priorità (importanza) assegnato (Figura 2).

In base alle valutazioni sulle abilità e sui pesi assegnati, il programma restituisce una valutazione media (esempio 3,28) che definisce il livello di abilità infermieristico (numero intero da 0 a 4), definito "indice di assegnazione" (Figura 3 e Tabella 1).

L'altra parte di rilevazione riguarda il carico assistenziale del paziente in ingresso. Tale stima ha una finalità differente rispetto alla Complessità Assistenziale (Cantarelli) e/o all'ICA (Indice di Complessità Assistenziale), poiché non si ricerca una valutazione precisa e dettagliata, ma una stima di massima di facile e veloce applicazione, visto che l'assegnazione deve essere eseguita in tempi brevi (entro 48 ore).

Di conseguenza nasce una scheda di facile e semplice interpretazione suddivisa in 6 item principali (Figura 4). Per la scheda, anche in questo caso, si sono assegnati dei pesi per ogni item in base al livello di importanza privilegiando gli aspetti principali in base alle indicazioni dell'esperto (coordinatore infermieristico).

Si ottiene una valutazione media che definisce la stima del carico assistenziale del paziente (Tabella 2) in base al range di appartenenza (tramite gli "Smile") che identificano il tipo di paziente (da carico molto basso a carico molto elevato).

Una volta raccolti ed elaborati tutti i dati degli infermieri e dei pazienti attivi si è impostato il sistema di assegnazione partendo dal principio di abbinamento ottimale (Figura 5).

La fase di elaborazione consiste in due riepiloghi, il primo riporta i dati fondamentali per la valutazione del livello degli infermieri e il secondo i dati fondamentali dei pazienti (figura 6).

NOME E COGNOME		AREA ABILITA' MEDICHE					Peso AREA:
		PESO singola Abilità nell'AREA	Livello 0	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Livello 4
Data valutazione:	XX/YY/ZZZZ		INSUFFICIENTE	SCARSA	MEDIA	BUONA	OTTIMA
Descrizione attività							
Utilizzo DPI secondo normativa		8,11%			X		
Utilizzo di pratiche di protezione dal rischio fisico, chimico e biologico secondo normativa		8,11%				X	
Gestione del dolore (come da procedura gestionale aziendale)		8,11%			X		
Gestione sangue ed emoderivati (come da procedura gestionale aziendale)		8,11%			X		
Gestione accessi vascolari (come da protocollo aziendale)		8,11%				X	
Gestione di prelievi e campioni (secondo procedure operative aziendali)		8,11%		X			
Riconoscimento e gestione della sepsi (secondo protocollo aziendale)		8,11%			X		
Pianificazione e organizzazione del percorso assistenziale per assicurare la continuità assistenziale		8,11%				X	
Utilizzo di efficaci capacità comunicative con l'assistito e la famiglia		5,41%		X			
Utilizzo di precauzioni per la movimentazione dei carichi secondo normativa		5,41%			X		
Prevenzione e trattamento Ulcere da Pressione secondo Linee Guida		5,41%				X	
Gestione cateterismo vescicale secondo Linee Guida		5,41%			X		
Utilizzo dei dispositivi per la somministrazione dei farmaci, della nutrizione enterale e parenterale		5,41%				X	
Gestione e controllo del carrello Urgenza secondo procedura aziendale		2,70%			X		
Gestione farmaci stupefacenti (approvvigionamento, carico/scarico, somministrazione, smaltimento, restituzione, conservazione del registro)		2,70%		X			
Pianificazione e organizzazione di interventi educativi		2,70%			X		
NOME E COGNOME		AREA ABILITA' SPECIALISTICHE					Peso AREA:
		PESO singola Abilità nell'AREA	Livello 0	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Livello 4
Data valutazione:	XX/YY/ZZZZ		INSUFFICIENTE	SCARSA	MEDIA	BUONA	OTTIMA
Descrizione attività							
Gestione e somministrazione chemioterapici secondo procedura gestionale aziendale		17,65%		X			
Riconoscimento e gestione effetti collaterali e stravasato farmaci chemioterapici secondo protocolli aziendali		17,65%			X		
Gestione misure di isolamento protettivo alla persona immunodepressa secondo istruzioni operative interne		17,65%				X	
Gestione trapianto di cellule staminali emopoietiche secondo protocolli aziendali		17,65%					X
Capacità di instaurare una relazione di aiuto empatica con l'assistito e la famiglia		11,76%				X	
Gestione di procedure diagnostiche/terapeutiche (BOM, aspirato midollare, agoaspirato, biopsie, rachicentesi, toracentesi, paracentesi)		11,76%					X
Gestione della terminalità a breve termine		5,88%				X	

Figura 2. – Nursing Esempio scheda valutazione infermiere.

PINCO PALLO			INDICE DI ASSEGNAZIONE				
Data valutazione:	17/09/2019		INFERMIERE ESPERTO DI LIVELLO - 3 - CON N° 0 AREE CRITICHE				3
L'infermiere possiede una consolidata ed approfondita conoscenza teorica e pratica della materia ed è in grado di trasferire la competenza nell'area professionale. L'infermiere è pro-attivo nello svolgere le attività proponendo anche miglioramenti generali e specifici.			PESO AREA	ESPERTO		2,573	N° ABBIN.
				AREE CRITICHE		0	4
AREA	N° ABILITA'	Valutabile	100%	Punteggio	Punteggio Pesato	LIVELLO AREA:	ABILITA' AREA:
AREA ABILITA' MEDICHE	16	SI	33%	2,19	0,73	2	MEDIA
AREA ABILITA' SPECIALISTICHE	7	SI	67%	2,76	1,84	3	BUONA
ABBINAMENTO IDEALE IN BASE AL LIVELLO O INDICE DI ASSEGNAZIONE INFERMIERISTICO							
ALL'INFERMIRE POSSONO ESSERE AFFIDATI PAZIENTI FINO AL CARICO IDEALE 3 - ELEVATO - CON 4 ABBINAMENTI POSSIBILI			STIMA CARICO PAZIENTE			N° ABBIN.	
			ELEVATO	3		2	

Figura 3. – Esempio programma valutazione Livello Abilità infermieristico.

LIVELLO	RANGE	TIPO	DESCRIZIONE
0	da ≥ 0% a ≥ 20%	INESPERTO	L'infermiere non possiede la competenza valutata o se la possiede ha una conoscenza teorica elementare abbinata ad una capacità pratica di livello base. L'infermiere ovviamente non è autonomo e non ha iniziativa.
1	da ≥ 21% a ≥ 40%	PRINCIPIANTE	L'infermiere possiede una conoscenza teorica e generale della materia e comprende gli aspetti fondanti della sua attività, ma possiede una scarsa autonomia e una mediocre capacità operativa.
2	da ≥ 41% a ≥ 60%	AUTONOMO	L'infermiere possiede una completa conoscenza teorica e generale della materia ed è in grado di seguire casi a media complessità in completa autonomia (del ruolo).
3	da ≥ 61% a ≥ 80%	ESPERTO	L'infermiere possiede una consolidata ed approfondita conoscenza teorica e pratica della materia ed è in grado di trasferire la competenza nell'area professionale. L'infermiere è pro-attivo nello svolgere le attività proponendo anche miglioramenti generali e specifici.
4	da ≥ 81% a ≥ 100%	AVANZATO	L'infermiere possiede un'ottima padronanza specifica della competenza, esprimendola con autonomia totale e grande capacità di collaborazione. L'infermiere è attualmente un riferimento teorico ed operativo per le figure collegate.

Tabella 1. – Tabella riassuntiva Livello di Abilità.

		VALUTAZIONE	
		PUNTEGGIO	PESO ITEM
Data valutazione:			100,00%
1- TIPO DIAGNOSI		15,00%	
1.1	EMATOLOGICA	3,00	
1.2	ONCOLOGICA	2,00	
1.3	NON NOTA	2,50	
2- TIPO DI RICOVERO		10,00%	
2.1	PROGRAMMATO	2,00	
2.2	NON PROGRAMMATO	3,00	
3- MOTIVO DEL RICOVERO		30,00%	
3.1	PS (1° diagnosi o altro)	2,00	
3.2	DH (complicanze)	2,00	
3.3	CT (ciclo chemio)	2,50	
3.4	PREP. E TRAPIANTO	3,00	
3.5	RACCOLTA Cellule Staminali	2,75	
3.6	ALTRO	1,50	
3.7	NON NOTO	2,25	
4- GRADO DI AUTONOMIA		10,00%	
4.1	AUTONOMO	0,50	
4.2	PARZ. DIPENDENTE	1,50	
4.3	DIPENDENTE	3,00	
4.4	NON NOTO	1,67	
5- DEVICES		10,00%	
5.1	ROUTINE	1,50	
5.2	AVANZATI	3,00	
5.3	NESSUNO	0,50	
5.4	NON NOTI	1,67	
6- SINTOMI DI ALLARME IN ATTO		25,00%	
6.1	FEBBRE	3,00	
6.2	EMORRAGIA	3,00	
6.3	EFFETTI COLLAT. CT	2,50	
6.4	NESSUNO (ciclo CT)	2,50	
6.5	ALTRO	1,50	

Figura 4. – Esempio scheda valutazione carico paziente.

CARICO	RANGE	STIMA CARICO PAZIENTE	CASO TIPO (IMPUTAZIONE DIRETTA COORDINATORE)	VALORE MEDIO
	da ≥ 0% a ≥ 20%	MOLTO BASSO	Assistito autonomo nelle ADL - no devices - programmato - oncologico - follow up o approfondimento	1,43
	da ≥ 21% a ≥ 40%	BASSO	Assistito autonomo/parzialmente autonomo - oncologico - reazione avversa CT - prevalentemente non programmato	1,93
	da ≥ 41% a ≥ 60%	MODERATO	Assistito oncologico/ematologico - programmato - ciclo di CT	2,18
	da ≥ 61% a ≥ 80%	ELEVATO	Assistito ematologico/oncologico - parz. dipendente - devices avanzati - febbre emorragia da PS	2,55
	da ≥ 81% a ≥ 100%	MOLTO ELEVATO	Assistito ematologico/oncologico - sepsi - shock settico - devices avanzati - CT alte dosi - preparazione (raccolta di cellule staminali) e trapianto	2,83

Tabella 2. – Tabella riassuntiva carico paziente.

MATRICE COMPATIBILITA'						
RELAZIONE E POSSIBILI ABBINAMENTI		PAZIENTE				
CODICE COLORE INFERMIRE	0	NO	NO	NO	NO	0
	1	NO	NO	NO	0	-1
	2	NO	NO	0	-1	-2
	3	NO	0	-1	-2	-3
	4	0	-1	-2	-3	-4
LEGENDA						
	0	abbinamento ottimale				
	-1	abbinamento buono				
	-2	abbinamento discreto				
	-3	abbinamento medio				
	-4	abbinamento poco consigliato				

Figura 5. – Matrice di compatibilità infermiere – paziente.

Il programma per ogni paziente attivo restituisce quattro informazioni molto utili: il livello o indice di assegnazione dell'infermiere ideale in relazione al tipo di paziente; il numero di infermieri presenti che possiedono il livello o indice di assegnazione ideale; il numero di infermieri disponibili che possiedono il livello e l'indice di assegnazione ideale; il numero totale di infermieri ancora disponibili di qualsiasi livello (Figura 7).

N.	INFERMIERE	LIVELLO	Tipo	Data valutazione	N° Abb.	Voto medio	Paziente ideale
1	PINCO PALLO	3	ESPERTO	17/09/2019	4	2,573	☹️

attivo	PAZIENTE	TIPO CARICO	STIMA CARICO PAZIENTE	LIVELLO CARICO PAZIENTE	MEDIA CARICO	Pazienti Eq.	N° Abb. Possib.	Liv. Infirm. ideale	Data valutazione
SI	PAZIENTE 1	😊	MODERATO	2	2,175	1,00	3	2	17/09/2019
SI	PAZIENTE 2	☹️	ELEVATO	3	3	1,25	2	3	18/09/2019

Figura 6. – Esempio riepiloghi dati Infermieri e pazienti.

PAZIENTE	CARICO PAZIENTE	Pazienti Eq.	INDICE DI ASSEGNAZIONE	Liv. Infirm. ideale	n° Infirm. Livello ideale	n° Infirm. Disponibili livello ideale	n° Infirm. Disponibili
PAZIENTE 1	😊	1,00	2	2	0	0	1
PAZIENTE 2	☹️	1,25	3	3	1	1	1

Figura 7. – 1° Esempio - dati restituiti dal programma in fase di assegnazione.

Il coordinatore può selezionare tramite un menu a tendina l’infermiere di riferimento. Il programma, in caso di non disponibilità dovuta ai carichi di lavoro, indica che l’infermiere non è disponibile all’assegnazione. Inoltre si è pensato al concetto di “paziente equivalente” considerando che un paziente a carico molto elevato pesa in termini di assegnazione di più rispetto ad un paziente a carico molto basso (Figura 8). Tale suddivisione è stata pensata per riequilibrare i carichi in modo da non svantaggiare gli infermieri con alto livello di abilità.



Figura 8. – Esempio scala pazienti equivalenti.

CONCLUSIONI

Il programma è risultato valido e di facile e veloce utilizzo (verificabile con la matrice delle compatibilità). I pesi per definire i livelli infermieristici rispecchiano fedelmente il relativo grado di importanza di ciascuna abilità, permettendo una presa in carico appropriata, così com’è risultata valida la scheda per la stima del carico assistenziale pre ingresso.

Il progetto nasce come uno spunto di riflessione a seguito di un’esperienza di tirocinio e successivo progetto di formazione sul campo, sperimentabile in tutte le realtà dove è stato avviato il Primary Nursing. Avere uno strumento, ma soprattutto un processo agile di assegnazione basato sulle abilità e i carichi, con la possibilità di avere immediati controlli, risulta essere la soluzione più adatta per aiutare il coordinatore in questa fase di assegnazione e supervisione.

L'implementazione e il mantenimento di tale modello è finalizzato a migliorare il processo organizzativo. La misurazione del livello di abilità, oltre alla finalità del Primary Nursing, è anche un modo per identificare le lacune dove il coordinatore può intervenire tramite un percorso formativo. È chiaro però che tale imputazione potrebbe essere prevaricata dalle esigenze impellenti di reparto (come i turni, le ferie, le malattie, le urgenze).

La presa in carico totale aumenta la responsabilità dell'infermiere e ne valorizza le competenze. Dal punto di vista dell'utenza si percepisce un aumento del livello di soddisfazione poiché con l'infermiere di riferimento si crea un rapporto di piena fiducia, l'assistito e la famiglia ne riconoscono le competenze e aderiscono in maniera positiva alla pianificazione assistenziale.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

BIBLIOGRAFIA

Bartels D. et al., *The role of the head nurse in primary nursing*, Canadian Nurse, 1977.

Bertoldi F., Roat O., *The nurse manager's role in the primary nursing care model: a review of clinical and management aspects*, American Journal of Nursing Science, 2019.

Magon G., Suardi T., *Primary Nursing. Conoscere e utilizzare il modello*, Maggioli Editore, Milano, 2013.

Mattila et al., *The effects of the Primary Nursing Care Model: a systematic review*, J Nurse Care, 2014.