

# MODELLI ORGANIZZATIVI INNOVATIVI: L'ESPERIENZA DELLA LOW CARE.

**Dott.ssa Giovanna Bollini**  
**Direttore Infermieristico**  
**Direzione Infermieristica Tecnica Riabilitativa Aziendale**  
**A.O. "Ospedale Niguarda Ca' Granda"**

## 1. Introduzione

Da tempo, nell'ambito della comunità infermieristica, si dibatte sui modelli tecnici, applicati all'assistenza, come modalità organizzative da superare, data la dimensione professionale che caratterizza l'assistenza infermieristica.

In questa prospettiva risulta importante sperimentare e diffondere modelli professionali, nell'ambito dei quali la professionalità infermieristica si afferma come elemento cardine poichè responsabile dell'identificazione delle modalità adeguate per perseguire risultati specifici e raggiungere il soddisfacimento dei bisogni della persona assistita.

Dall'autonomia e dalla discrezionalità del professionista deriva, per logica, che la progettazione e la gestione della attività riguardano gli stessi professionisti, competenti nella disciplina su cui si basa l'erogazione del loro specifico servizio.

In un contesto professionale, l'organizzazione dell'assistenza infermieristica è funzione di una serie di variabili e, tra le principali, si sottolinea l'adozione di un modello concettuale infermieristico su cui l'infermiere orienta le sue scelte assistenziali. Nell'esperienza qui presentata la scelta è caduta sul Modello delle Prestazioni Infermieristiche di M.Cantarelli.

L'argomento della presente relazione riguarda l'esperienza condotta nell'avviare una struttura come l'U.O. *Low Care*, nell'ambito della quale è stato applicato il modello organizzativo del *Case Management* Infermieristico.

Considerando, tra i principi guida di tipo organizzativo-gestionali, quello riguardante l'appropriatezza, si sottolinea come il posto letto non sia più il principale parametro di riferimento per il dimensionamento, bensì il numero delle prestazioni o meglio la capacità di erogare prestazioni sanitarie a fronte dei casi trattati. Risulta pertanto necessario diversificare le degenze in relazione all'intensità delle cure e dell'assistenza richiesta:

- terapie intensive (*intensive care*)
- alto grado di assistenza (*high care*)
- basso grado di assistenza (*low care*)
- degenze solo diurne (*day hospital, day surgery*).

L'obiettivo, in particolare, della *Low Care* riguarda l'assistenza ai pazienti che, superato l'evento critico, necessitano di un congruo periodo di stabilizzazione e recupero delle condizioni di salute antecedenti. Si risponde, in altri termini, alle necessità assistenziali che non trovano una risposta appropriata nel reparto per acuti e nelle lungodegenze, anche in attesa di predisporre al domicilio condizioni idonee per le attività di vita della persona.

Nel dettaglio, sono stati elaborati i seguenti criteri per meglio declinare gli obiettivi dell'U.O. *Low Care* nell'A.O. "Ospedale Niguarda Ca' Granda":

- criteri d'appropriatezza per il ricovero: pazienti con indicazioni per prestazioni infermieristiche continuative ad elevata intensità, indicazioni a riattivazione e riabilitazione, indicazioni a prestazioni mediche per mantenimento stabilità clinica;
- criteri di esclusione: pazienti in condizioni terminali, pazienti con degenza nell'U.O. *Low Care* presumibilmente inferiore ai tre giorni;
- criteri di non esclusione : pazienti in attesa di eseguire esame o visita di controllo a completamento dell'*iter* diagnostico-terapeutico, pazienti esclusivamente in attesa di trasferimento in altra struttura di Lungo Degenza esterna; la numerosità di questi casi non deve eccedere il numero di 4 presenze nell'U.O. *Low Care* contemporaneamente.

In questa prospettiva si situa l'impegno dell'A.O. "Ospedale Niguarda Ca' Granda" per perseguire obiettivi di efficacia ed efficienza, economicamente significativi per la comunità, nell'ambito di un progetto sperimentale su base nazionale, promosso dal Ministero della Salute.

## **2. Dalla teoria alla pratica**

L'avvio dell'U.O. *Low Care* ha reso necessaria un'accurata analisi organizzativa dell'intero settore infermieristico dell'Azienda Ospedaliera per valutare vincoli e opportunità che potevano ostacolare o favorire l'avvio del nuovo servizio.

L'analisi organizzativa si è quindi estesa con la progettazione di questa nuova realtà considerando gli obiettivi da raggiungere a breve e medio termine, le risorse disponibili e i processi gestionali da attivare e/o presidiare per il conseguimento dei risultati attesi.

Tra i processi gestionali riveste un ruolo particolarmente critico quello che riguarda la gestione del personale.

Entrando nel dettaglio di tale meccanismo operativo, si possono evidenziare numerose fasi, tra le quali la definizione del fabbisogno del personale infermieristico.

Avendo sottolineato la rilevanza che si è intesa dare al modello professionale del *Case Management*, questa fase è stata oggetto di particolare attenzione partendo dal presupposto che il fattore umano, se correttamente gestito, rappresenta il meccanismo principale per il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata.

La definizione del fabbisogno di risorse infermieristiche deve consentire di raggiungere una serie di obiettivi così definibili:

- formulare un bilancio sistematico delle risorse umane necessarie per garantire l'adeguatezza dell'attività infermieristica ai bisogni di assistenza infermieristica;
- effettuare un efficiente utilizzo delle risorse disponibili;
- selezionare e quindi formare gli infermieri che devono ricoprire ruoli chiave (es.: *case manager*) nel sistema esistente o in quello da istituire.

Sulla base di tale analisi, la previsione quantitativa delle risorse infermieristiche è stata considerata un processo flessibile che si struttura a partire dalla rilevazione del carico di lavoro infermieristico (di seguito denominato "peso assistenziale").

Valutata pertanto la necessità di disporre di una metodologia condivisa per la definizione del peso assistenziale, nella nuova Unità Operativa *Low Care*, il percorso iniziato è proseguito in tal senso sperimentando un'apposita metodologia con i pazienti ricoverati nel 2002 e nel 2004.

Stante la ricerca bibliografica condotta, sono state studiate le metodologie esistenti e la scelta è caduta su quelle che si basano sull'assistenza richiesta dal paziente, rilevata dalla stesura del piano di assistenza infermieristica, prescindendo dalle risorse esistenti. Questi metodi si distinguono in quanto consentono di:

- identificare le necessità assistenziali di ogni paziente,
- pianificare le prestazioni infermieristiche necessarie ad ogni paziente,
- quantificare il carico di lavoro che ne deriva, espresso come il tempo necessario per realizzare le prestazioni infermieristiche,
- determinare il numero di infermieri necessari nei diversi turni di presenza.

### **3. Presentazione del percorso**

Nella fase di avvio dell'U.O. *Low Care* sono stati realizzati corsi di formazione e appositi *stage* per informare il personale infermieristico e medico su scopi e aspetti organizzativi di questo tipo di servizio. Gli infermieri, in particolare, hanno frequentato corsi propedeutici per l'approfondimento delle funzioni del *case manager* e per l'elaborazione degli strumenti informativi sulla base del Modello delle Prestazioni Infermieristiche.

Grazie a questi contributi è stato possibile omogeneizzare le conoscenze e le modalità di approccio nell'ambito del *team* infermieristico e in quello multidisciplinare.

La fase seguente ha riguardato quindi la progettazione delle attività ponendo particolare attenzione ai momenti di integrazione del *team* multidisciplinare (assistenti sociali, fisioterapisti, infermiere coordinatore, infermieri e infermieri *case manager*, medici) e alla predisposizione degli strumenti finalizzati sia alla personalizzazione dell'assistenza infermieristica sia alla gestione efficiente delle risorse professionali, parti integranti della documentazione clinica.

Questi strumenti sono riconducibili a:

- cartella infermieristica con il piano di assistenza
- scheda interdisciplinare per la rilevazione del peso assistenziale.

La cartella infermieristica è diventata naturalmente lo strumento per pianificare e monitorizzare gli sviluppi delle condizioni del paziente, le prestazioni infermieristiche previste e realizzate, i risultati assistenziali conseguiti.

La scheda interdisciplinare costituisce lo strumento che sintetizza il confronto tra tutte le figure professionali che concorrono al programma assistenziale e consente di focalizzare:

- le problematiche infermieristiche del paziente (peso assistenziale, bisogni di assistenza infermieristica presenti o non presenti)
- le problematiche mediche del paziente
- gli aspetti riabilitativi
- le problematiche di tipo sociale.

L'utilizzo, in particolare, di questi due strumenti informativi ha reso possibile avviare la sperimentazione della modalità di definizione dei pesi assistenziali per giungere, in un momento

successivo, alla definizione del fabbisogno di personale infermieristico sulla base dei bisogni infermieristici delle persone ricoverate.

La sperimentazione ha riguardato inizialmente l'anno 2002 e gli strumenti sono stati sperimentati per l'assistenza infermieristica di tutti i pazienti ricoverati in tale anno.

Nell'anno successivo, sulla scorta di quanto realizzato nel 2002, sono state discusse ed introdotte diverse modifiche riguardanti sia la documentazione sia gli aspetti organizzativi delle attività dell'U.O..

Nell'anno 2004 si è pertanto ritenuto di aver raggiunto complessivamente un assetto stabile delle attività assistenziali e degli aspetti gestionali.

Gli indicatori di confronto considerati:

- valutazione della qualità percepita dai pazienti e dai familiari
- degenza media
- ore lavorate dal personale infermieristico
- ore straordinarie lavorate dal personale infermieristico
- grado di soddisfazione degli infermieri.

#### **4. Conclusioni**

Negli anni Novanta le importanti normative riguardanti la sanità e il pubblico impiego, seguite dall'avvio dei processi di aziendalizzazione, regionalizzazione e anche di accreditamento, hanno posto l'accento sulla necessità di misurare il carico di lavoro per identificare una dotazione organica adeguata alle esigenze di assistenza, da modificare in funzione della necessità periodicamente rivalutate.

Questo aspetto normativo ha rafforzato la necessità, avvertita da tempo nella professione infermieristica, di sperimentare ed implementare sistemi di calcolo del fabbisogno di personale, cercando di coniugare la dimensione dell'efficienza e dell'economicità con il valore della personalizzazione dell'assistenza infermieristica.

Il contributo della sperimentazione presentata in questo lavoro si centra, in particolare, sull'assistenza infermieristica erogata in una U.O. *Low Care*.

Stante le finalità di questo tipo di U.O., si tratta di attività che rientrano complessivamente nell'assistenza infermieristica di base quindi le analisi condotte, gli strumenti e i metodi sperimentati potrebbero costituire un interessante elemento di confronto con molte altre realtà assistenziali.

In questa logica si sta, inoltre, indirizzando anche lo sforzo dei numerosi infermieri coinvolti per diffondere l'esperienza e i risultati conseguiti: si tratta di modalità per rafforzare la motivazione degli stessi professionisti che continuano ad operare in questo impegnativo settore e per ricercare un confronto con colleghi che, in realtà diverse, si misurano con dimensioni professionali analoghe.

## **BIBLIOGRAFIA**

### Testi

Cantarelli M (1996). Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche. Masson, Milano.

Chiari p, Santullo A (2001). L'infermiere case manager. McGraw-Hill, Torino.

Mintzberg H (1985). La progettazione dell'organizzazione aziendale. Il Mulino, Bologna.

Pontello G (1998). Il management infermieristico. Masson, Milano.

Wiskow C (2004). Workload Measurement in Determining Staffing Levels. I.C.N., Ginevra.

### Articoli

Australian Nursing Federation, WA-Branch (2002). Workloads management system now underway in public sector. The Western Nurse, 18-23.

Berry LL, Seiders K, Wilder SS (2003). Improving patient care. Innovations in access to care: a patient-centered approach. Journal Name: Annals of Internal Medicine, 7, 568-74.

Boumans NP, Landeweerd JA, Visser M. (2004) Differentiated practice, patient-oriented care and quality of work in a hospital in the Netherlands. J Adv Nurs. J Adv Nurs.18(1),37-48.

Bumgarner SD, Biggerstaff GH (2000). A patient-centered approach to nurse orientation. Journal for Nurses in Staff Development, 16(6), 249-56.

Driever MJ (2002). Issues in clinical nursing research. Are evidence-based practice and best practice the same? Western Journal of Nursing Research, 24(5), 591-7.

Dubois-Fresney, C (Oct 1993). Pourquoi mesurer l'activité des soins infirmiers? Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville : Informations Hospitalières N° 40.

Endacott R, Chellel A. (June 1996). Nursing dependency scoring: measuring the total workload. Nursing Standard, vol. 10, No. 37, pp 39-42.

Gaudine AP (2000). What do Nurses Mean by Workload and Work Overload? Canadian Journal of Nursing Leadership, vol 13, No. 2. [www.acencjonl.org/13-2/overwork.html](http://www.acencjonl.org/13-2/overwork.html).

Hair R (1999). Nursing practice and the use of nursing models. Vision, 5(8), 2-5.

Hughes M (1999). Nursing workload: an unquantifiable entity. Journal of Nursing Management, 7, 317-322.

Isfort M, Weidner F (2001). Pflegequalität und Pflegeleistungen I – Bericht über die erste Phase des Projektes Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistung. Freiburg/ Köln: Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. / Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. [www.dip.de](http://www.dip.de)

Jenkins-Clark, S (1992). Measuring Nursing Workload: a Cautionary Tale. University of York: Centre for Health Economics.

Lauer DR, Ward SE, Heidrich SM, Keller ML, Bowers BJ, Brennan PF, Kirchoff KT, Wells TJ (2002). Patient centered interventions. Res Nurs Health, 4, 246-55.

[Makinen A](#), [Kivimaki M](#), [Elovainio M](#), [Virtanen M](#) (2003). Organization of nursing care and stressful work characteristics. J Adv Nurs, 43(2), 197-205.

Mefford LC (2004). A theory of health promotion for preterm infants based on Levine's conservation model of nursing. Nursing Science Quarterly, 17(3), 260-6.

Nurses Association of New Brunswick (2003). Position Statement on Nursing Workload Measurement. [http://www.nanb.nb.ca/en/pdf\\_e/Publications/Position\\_Statements/POSITION\\_STATEMENTS\\_pdf/NURSING\\_WORKLOAD\\_MEASUREMENT\\_E.pdf](http://www.nanb.nb.ca/en/pdf_e/Publications/Position_Statements/POSITION_STATEMENTS_pdf/NURSING_WORKLOAD_MEASUREMENT_E.pdf).

O'Brien-Pallas LL (1993). Review of Methodologies for Nursing Workforce Planning. Background paper for the Consultation on Methodologies for Multi-Professional Policy and Planning Development of Health Human Resources, Jakarta, 1993, WHO.

Parmantier C et al (Mars 1999). L'évaluation de la charge de travail en soins infirmiers: une démarche au service des soignants et des soignés. Le Cahier du Management, Objectif Soins, N° 73, 1 pp X – XII.

Redman RW, Lynn MR (2004). Advancing patient-centred care through knowledge development. J Prof Nurs, 20(1), 47-58.