



Università Politecnica delle Marche
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

*Primary Nursing: collaborazione terapeutica con le
persone assistite*

Tesi di Laurea di

Pierfederici Davide

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pierfederici Davide'.

Relatore

Dott.ssa Liberati Stefania

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Stefania Liberati'.

Anno Accademico 2018-2019

INDICE

Abstract

Introduzione	1
CAPITOLO I	5
1.1 Teorie infermieristiche e modelli organizzativi	5
CAPITOLO II	9
2.1 I modelli organizzativi	9
2.2 Modello funzionale o per compiti	10
2.3 Modello per piccola èquipe	12
CAPITOLO III	14
3.1 Primary Nursing	14
3.2 Accettazione della responsabilità	18
3.3 Case Method	20
3.4 La comunicazione diretta	23
3.5 Primary Nurse 24/7	25
3.5.1 L'infermiere associato	27
CAPITOLO IV	28
4.1 Relazioni terapeutiche, l'essenza del Primary Nursing	28
4.2 Le quattro modalità che creano relazioni terapeutiche	31
4.2.1 Sintonizzarsi	32
4.2.2 Chiedere	34
4.2.3 Seguire	35
4.2.4 Proteggere	36
CONCLUSIONI	37
BIBLIOGRAFIA	38

ABSTRACT

Premessa: negli ultimi decenni l'infermieristica ha subito un processo di professionalizzazione, cioè è arrivata ad essere riconosciuta come professione intellettuale e non più ausiliaria. Conseguentemente a questa trasformazione gli infermieri hanno cambiato il loro modo di lavorare in funzione della loro sempre più crescente responsabilità. In questo contesto risulta sempre più necessario trovare modalità che permettano una diversa organizzazione del lavoro, che includano l'utilizzo delle conoscenze acquisite e conseguentemente delle abilità ad esse collegate, come ad esempio la capacità decisionale a livello assistenziale. Il modello Primary Nursing sembra essere il modello che più consente agli infermieri di praticare in modo professionale la loro attività all'interno dell'ospedale e di massimizzare il loro contributo all'assistenza del paziente.⁽¹⁾ L'obiettivo del Primary Nursing è quello di garantire il benessere delle persone, enfatizzando le potenzialità della relazione come strategia di guarigione delle vulnerabilità.

Obiettivo: esporre le origini e gli elementi del Primary Nursing, mettendolo a confronto con gli altri modelli assistenziali. Far capire in che modo instaurare una buona relazione terapeutica possa effettivamente ottimizzare il ritorno allo stato di salute/benessere.

Materiali e metodi: per la stesura di questo elaborato mi sono affidato principalmente a due libri: Susan Wessel, Marie Manthey, 2018. *Primary Nursing: Assistenza infermieristica centrata sulla relazione con la persona assistita*. Casa editrice Ambrosiana; Giorgio Mazon, Tiziana Suardi, 2013. *Primary Nursing: Conoscere e utilizzare il modello*. Maggioli Editore.

Risultati: analizzando questo modello assistenziale si può percepire quanto sia importante il lato umano e professionale dell'infermiere e, come sostiene Marie Manthey, quanto questa "modalità di erogare assistenza infermieristica influenzi profondamente le vite delle persone assistite"

Conclusioni: il Primary Nursing è il prototipo di un sistema di erogazione dell'assistenza che sottolinea l'importanza delle relazioni nella cura della salute. E' attraverso la relazione e la responsabilità individuale che un'infermiera ha con il paziente, che si realizzano per entrambi i valori di assistenza e cura che noi custodiamo.

Parole chiave: Primary Nursing, relazioni terapeutiche, Primary Nurse, modelli assistenziali.

INTRODUZIONE

L'Infermieristica è un corpus complesso e sistematico di conoscenze e strumenti teorico-metodologici volti all'esercizio delle funzioni di tutela e promozione della salute, individuale e collettiva.

Per giungere alla ridefinizione degli ambiti di attività e il conseguente ampliamento delle competenze/responsabilità si sono dovute attuare una serie di disposizioni normative.

Tra le molte conquiste raggiunte dalla classe infermieristica vanno citate:

Il D.M. 739/94, ovvero il profilo professionale, pietra miliare nel processo di professionalizzazione dell'attività infermieristica. Il profilo disegnato dal decreto è quello di un professionista intellettuale, competente, autonomo e responsabile e la sua attivazione si presenta come il banco di prova per verificare la compliance tra le aspirazioni e le potenzialità degli infermieri, che sono chiamati ad assumere, anche formalmente, la responsabilità di gestire autonomamente il processo assistenziale, dal momento decisionale a quello attuativo, valutativo e di confronto;(2)

La legge n.42/99, con la quale viene finalmente cancellata l'anacronistica e impropria definizione di "professione sanitaria ausiliaria" attribuita fino ad allora agli infermieri. Questa legge sancisce che il campo proprio di attività e di responsabilità della professione infermieristica è determinato dai contenuti del decreto istitutivo del profilo, dagli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post base, nonché dai Codici deontologici che la professione si dà. In linea con il "Patto" del 1996 si arriva ad una riscrittura del Codice deontologico infermieristico, presentato in occasione della Giornata internazionale dell'infermiere il 12 maggio del 1999. Obiettivo del nuovo Codice è quello di indicare le caratteristiche della mission infermieristica in modo da dare spazio alle esigenze di autonomia professionale e fornendo una traccia di riflessione per il quotidiano confronto tra i professionisti e i ritardi della cultura e delle strutture in cui operano;(3)

La legge 251/2000, che fissa gli ultimi tasselli al percorso di riordino della professione stabilendo l'equipollenza dei titoli e aprendo agli infermieri le porte d'accesso alla nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario;⁽⁴⁾

La legge 3/2018 (legge Lorenzin), con la quale viene istituita la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI).

A livello provinciale/interprovinciale operano gli Ordini professioni infermieristiche (OPI) che accolgono solo le categorie degli infermieri e degli infermieri pediatrici (ex vigilatori d'infanzia). E' un passaggio importante in quanto il Collegio era un semplice ente ausiliario dello Stato mentre l'Ordine opera come ente sussidiario dello Stato e può quindi svolgere compiti amministrativi in luogo e per conto dello Stato.⁽⁵⁾

Certamente una delle maggiori novità di questa legge è costituita dall'aver concluso la Riforma delle professioni sanitarie infermieristiche, di ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, nella parte mancante e sempre venuta meno nelle precedenti legislature. Una Riforma che per rilevanza strategica e per profondità di interventi ordinamentali, formativi e di innovazione nell'organizzazione del lavoro e di interazione con le altre professioni e gli altri operatori non ha pari in nessun altro comparto.

L'idea forza di questa importante Riforma delle professioni sanitarie traeva e trae spunto e motivazione dalla constatazione che era ed è necessario adeguare e declinare il ruolo, l'ordinamento, la formazione delle professioni sanitarie non solo ai modelli più avanzati degli altri Stati europei ed extraeuropei ma anche all'evoluzione scientifica e tecnologica del Sistema Salute in Italia in grado di rispondere al mutato quadro epidemiologico e demografico rispetto a quello presente sino agli settanta/ottanta dell'altro secolo.

In questo quadro si evidenziava la questione delle professioni infermieristiche insieme a quelle delle altre professioni sanitarie allora non ancora laureate, per darle una prospettiva positiva di profonda riforma avevano ed hanno bisogno di una profonda mutazione in grado di coglierne le innovative potenzialità di saperi, di operatività e di

scientificità che presentano per contribuire positivamente all'attuazione del diritto alla salute individuale e collettiva.

Il nuovo Codice deontologico 2019 rappresenta un criterio guida per l'esercizio professionale dell'infermiere che deve tenere conto della sua evoluzione sia sotto il profilo giuridico che dello status e delle competenze professionali. L'infermiere oggi è un professionista della salute al quale ogni cittadino si rivolge in un rapporto diretto confidando nell'opportunità di ricevere un'assistenza professionale, pertinente e personalizzata. Il nuovo Codice deontologico rappresenta, per l'infermiere, uno strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità, il saper curare e il saper prendersi cura.⁽⁶⁾

Questi traguardi rappresentano le fondamenta su cui poggia la nostra professione, ottenuti grazie alla volontà della classe infermieristica di raggiungere l'autonomia decisionale, riscattandosi così dal ruolo di mera esecutrice di ordini medici.

Di pari passo con l'evoluzione della figura dell'infermiere e l'ampliarsi della sua autonomia abbiamo potuto osservare come anche il suo *modus operandi* sia cambiato nel tempo, fino ad arrivare al Primary Nursing di Marie Manthey che, attraverso una revisione del ruolo professionista e del suo rapporto con i pazienti, rappresenta il modello organizzativo per eccellenza quando si parla di autonomia infermieristica.

Per i motivi fin qui esposti ho scelto pertanto di approfondire la conoscenza del modello organizzativo primary nursing.

Partendo da un discorso generale sui modelli organizzativi ne andrò poi ad analizzare i dettagli concentrandomi sul Primary Nursing e sulle relazioni terapeutiche, che è possibile instaurare avvalendosene, segno distintivo e punto di forza di questo modello.

Il Primary Nursing può essere inteso come la lettura in chiave moderna dell'assistenza com'era stata teorizzata e applicata da Florence Nightingale, fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna, che ho ritenuto doveroso menzionare anche in onore del suo 200° anniversario della nascita.

Pertanto, il seguente elaborato sarà suddiviso in quattro capitoli:

Il primo capitolo descrive in linea generale cosa distingue una teoria da un modello organizzativo, come si struttura e le sue funzioni.

Il secondo capitolo definisce i modelli organizzativi, analizzando nello specifico quello per compiti e quello per piccola équipe.

Il terzo capitolo si sofferma sul modello organizzativo assistenziale Primary Nursing, partendo dalle sue origini fino ad arrivare ad analizzare nel dettaglio i suoi elementi costitutivi.

Il quarto capitolo sottolinea come attraverso il Primary Nursing si possano instaurare relazioni terapeutiche, la loro importanza e le modalità attraverso le quali si creano.

CAPITOLO I

1.1 Teorie infermieristiche e modelli organizzativi

La professione infermieristica ha profonde radici storiche e tradizionali, ma per molto tempo è rimasta priva di fondamenti teorici originali, di conoscenze proprie.

Ciò ha reso difficile il raggiungimento di una chiara identità professionale per coloro che in passato si sono ritrovati ad esercitare questa attività.

Una teoria contribuisce in modo importante allo sviluppo delle conoscenze descrivendo, spiegando, prevedendo e controllando i fenomeni; tutto questo serve per migliorare l'esercizio della professione in esame. Una teoria quindi favorisce una maggiore autonomia professionale, permette cioè di indirizzare l'azione superando, nel caso dell'infermieristica, la visione dell'infermiere come “collaboratore subordinato al medico”.

Appare quindi di fondamentale importanza per l'infermieristica avere un corpo di conoscenze proprie che sono classificabili in modelli e teorie.

In passato la professione basava le proprie teorie su altre discipline, come la sociologia, la medicina e la psicologia. Negli ultimi decenni sono stati elaborati numerosi modelli concettuali propri dell'infermieristica, tanto che alcuni autori si sono chiesti se non era il caso di elaborare un unico modello comune a tutti i professionisti infermieri. Ma data la vastità e la varietà dei campi dove l'infermiere va ad operare, ciò non è possibile.

Un modello è un'illustrazione simbolica di una situazione relativamente semplice che dimostra la struttura di un sistema originale, una rappresentazione concettuale della realtà.

La costruzione di un modello aiuta a sviluppare in seguito una teoria. Una teoria è un principio generale, di valore scientifico, che fornisce indirizzi per l'azione pratica o che viene proposta per spiegare i fenomeni osservati. Una teoria ha valore scientifico perché è in primo luogo misurabile, reversibile e riproducibile. La teoria rappresenta uno strato molto più profondo del modello e ne descrive il funzionamento. Per descrivere il

funzionamento di qualcosa e soprattutto per confermarlo a livello scientifico, bisogna basarsi sull'osservazione del fenomeno che

si intende studiare; l'osservazione può essere fatta seguendo due metodi: il deduttivo e l'induttivo.

Il metodo deduttivo è quello in cui si parte dal problema generale per arrivare alle conclusioni più specifiche; mentre quello induttivo è l'inverso, cioè si parte dal singolo numero di casi osservati per generalizzare all'intero problema.

Le teorie possono essere:

- Descrittive: quando descrivono un particolare fenomeno;
- Esplicative: quando spiegano le relazioni tra più fenomeni;
- Predittive: quando prevedono gli effetti di un fenomeno su un altro;
- Prescrittive: quando possono essere usate per produrre o controllare un fenomeno.

Modelli concettuali e teorie possono essere ricondotti all'interno di un metaparadigma, cioè una struttura organizzativa astratta o filosofica di una professione; in questo modo si può comprendere meglio di cosa si occupa una disciplina, qual è il suo campo, i suoi limiti e i suoi scopi. Così come la pedagogia ha individuato il proprio metaparadigma nella natura dell'apprendimento; il nursing riconosce il suo metaparadigma in quattro concetti: persona, ambiente, salute, assistenza infermieristica.

- Persona: colui che riceve le prestazioni infermieristiche, il destinatario delle cure, inteso in senso olistico;
- Ambiente: nel quale la persona è inserita ed è influenzata;
- Salute: risposta della persona ai problemi di salute attuali o potenziali;

- Assistenza infermieristica: si riferisce all' insieme delle prestazioni, alle caratteristiche e attributi di chi fornisce cure infermieristiche.(7)

È importante per l'infermiere raggiungere una buona conoscenza teorica perché questo permette, oltre ad avere gli schemi cognitivi adatti per far fronte ai vari problemi di salute, anche di essere autonomo nel suo campo, prendendo quindi decisioni assistenziali atte al benessere dell'assistito.

La pianificazione dell'assistenza si basa sul metodo scientifico del problem-solving, cioè un insieme di tappe logiche che aiuta a prendere le decisioni più corrette. Il metodo scientifico collega la mano operante alla testa pensante, in questo modo teoria e pratica vengono ulteriormente fuse creando il modus operandi corretto per ogni infermiere.

Secondo Martha Rogers, le scienze infermieristiche mirano a fornire conoscenze astratte, frutto della ricerca scientifica e di un'analisi logica in grado di essere trasferite nella pratica del nursing.

Tuttavia le teorie hanno generato numerosi dibattiti all' interno del gruppo professionale clinico; da una parte c'era chi sosteneva che le teorie erano dei concetti troppo astratti e rappresentavano quasi un' utopia, rappresentando il mondo infermieristico come dovrebbe e potrebbe essere, non considerando invece la reale condizione lavorativa degli infermieri. Altri invece esaltavano il valore delle linee guida delle teorie per aumentare il livello di conoscenza e della comprensione, con il fine di migliorare l'assistenza al paziente. La vera capacità del professionista sta nel generalizzare i concetti astratti contenuti nelle teorie e applicarli alla pratica clinica, infatti, mentre le teorie non cambiano, il nursing è un processo mutevole, che cambia a seconda del servizio sanitario, del contesto sociale e dei modelli culturali dove l'infermiere si trova ad operare.

La tradizionale antitesi fra teoria e pratica non ha fatto altro che aumentare il senso di frustrazione degli infermieri, che hanno sempre sottostimato il grande potere che può offrire la cultura infermieristica.

L'ambiente in cui oggi l'infermiere si trova ad agire è sempre più complesso e per farvi fronte non servono più una lista di compiti standardizzati, ma interventi infermieristici finalizzati alla risoluzione dei problemi assistenziali, nonché alla

valutazione dei risultati raggiunti, ossia, la pianificazione dell'assistenza. Il lavoro del professionista non è più basato sul numero di cose da fare, ma su come farle: progettare, pianificare, elaborare e ricercare sono le parole chiave dell'infermiere professionista, che insieme costituiscono tutto il processo della presa in carico del paziente.

L'applicazione di un modello teorico alla pratica rende possibile, insieme ad un modello organizzativo, un approccio organizzato e strutturato dell'assistenza, che consente di produrre prestazioni efficaci ed efficienti in compatibilità con le risorse disponibili. È fondamentale quindi che tra ogni operatore ci sia una buona comunicazione e quanto più possibile il pari grado culturale, questo permette di raggiungere dei risultati positivi in campo professionale e, soprattutto, permette un alto grado di soddisfacimento da parte di ogni singolo utente.

CAPITOLO II

2.1 I modelli organizzativi

I modelli assistenziali si sono evoluti negli ultimi anni di pari passo a quelli che sono stati i cambiamenti tecnologici e economici della società. Gli infermieri dell'America settentrionale ed una gran parte dell'Europa, per rispondere a tali evoluzioni, hanno progettato e attuato diversi modelli di assistenza, per far fronte alla domanda degli utenti e alle esigenze dei sistemi sanitari.

I modelli che sono entrati a far parte della letteratura infermieristica, sviluppatasi per lo più negli Stati Uniti, nel Canada ed in Inghilterra sono: il modello funzionale o per compiti, il modello per piccola équipe, il primary nursing e il case management.

Ogni modello risente del periodo storico in cui è stato applicato, fornendo una descrizione del personale, del territorio, del grado culturale e di formazione degli operatori. In un' organizzazione sanitaria, che comprende diversi servizi, come l'ospedale, l'assistenza domiciliare, la sanità pubblica e il servizio di prevenzione, possono essere presenti più modelli assistenziali.

2.2 Modello funzionale o per compiti

Il modello funzionale nasce negli Stati Uniti negli anni trenta/quaranta ed è stato copiato dal modello di burocrazia meccanica utilizzato nelle catene di montaggio, dove si cerca di ottenere la massima efficienza con il minor numero di risorse. Tale modello si fonda sulla standardizzazione e la ripetitività delle mansioni svolte, lasciando all'operatore poca discrezionalità e quindi un elevato controllo esterno del lavoro svolto.

Il modello funzionale si è sviluppato quando, in America, c'era una grande carenza di infermieri generici e quindi la maggior parte dei compiti venivano affidati al personale ausiliario. Sulla stessa linea possiamo citare il modello biomedico, dove l'infermiere viene indottrinato, come assistente del medico, sul come erogare una cura (somministrazione terapia, prelievo venoso, esecuzione delle medicazioni), senza nessuna attenzione ai bisogni della persona e ai risultati.

Il modello funzionale si basa sulla scomposizione dei compiti e sulla loro divisione in base al grado di preparazione dell'operatore. La scomposizione dell'attività professionale permette di predefinire e precodificare le azioni, quindi il ruolo dell'operatore diventa esecutivo, ed egli non risponde dei bisogni dell'utente, ma applica una risposta predefinita, e non è responsabile della presa in carico del singolo utente.

L'infermiere quindi non deve preoccuparsi della sfera psicologica del paziente, l'unico suo problema è di verificare la prescrizione del medico. Tutto deve essere prescritto ed ordinato; l'unica forma di autonomia, se proprio vogliamo, è la scelta della modalità di esecuzione dell'atto manuale.

L'organizzazione del lavoro è molto semplice, basata sul classico piano di lavoro diviso per compiti e per turni, la quale richiede un basso livello di coordinamento tra i lavoratori, in quanto devono attenersi solo a definire all'inizio del turno di lavoro le proprie attività; anche la comunicazione tra l'equipe infermieristica è ridotta al minimo. In questo tipo di organizzazione i lavori più umili e meno gratificanti dal punto di vista tecnico vengono affidati all'infermiere più giovane, che deve sottostare ad un periodo di praticantato sotto gli operatori più esperti.

La struttura gerarchica di tipo verticistico permette un maggior controllo del lavoro svolto, in quanto è possibile verificare chi prescrive e chi segue un determinato atto. Teoricamente il caposala è colui che controlla tutte le erogazioni delle cure ed è la figura che deve garantire la corretta trasmissione delle informazioni, il coordinamento e la valutazione dei risultati globali.

Il sistema funzionale può essere un ottimo palliativo durante i periodi di carenza infermieristica, in quanto permette di sfruttare i pochi operatori presenti per poter erogare un maggior numero di cure, standardizzando i processi. Tuttavia, dal punto di vista del gruppo infermieristico, esso non è motivante. A lungo andare la standardizzazione dei compiti, la loro meccanicità e ripetitività può creare un senso di deresponsabilizzazione. Inoltre la parcellizzazione delle cure comporta una scomposizione anche del paziente stesso, nel quale è impossibile individuare e risolvere i problemi assistenziali, creando uno stato di insoddisfazione da parte del cliente. Il rapporto con il malato è di tipo informale, egli non è considerato una persona, ma un numero; quello che conta per il reparto non è il tipo di cura erogato, ma la quantità, quindi per la valutazione vengono utilizzati indicatori di tipo statico.

Anche se ormai dal punto di vista professionale il modello funzionale sia scaduto, nelle reti ospedaliere italiane è ancora il modello più utilizzato. Questo sta a sottolineare quanto l'infermieristica sia ancora vista come un'attività di supporto all'attività medica e l'assistenza sia una cosa marginale, limitata ai controlli routinari di raccolta dei parametri vitali e della somministrazione della terapia. Anche se il modello risulta a-professionale va comunque ricordato che in alcune unità operative, come l'emodialisi, dove viene preferito l'aspetto tecnico della professione, viene comunque indicato come valido; anche se dovrebbe essere integrato con altri modelli di tipo più olistico, come il primary nursing.

2.3 Modello per piccola èquipe

Il modello per piccole èquipe, o team nursing, nacque negli USA subito dopo la Seconda Guerra Mondiale per ovviare alla carenza di personale infermieristico diplomato e alla presenza di personale di supporto meno qualificato (Iyer et al 1995). Il team nursing fu introdotto negli anni 50 per migliorare l'assistenza infermieristica sia sotto il punto di vista delle competenze, sia per quanto riguardava il rapporto con il malato. La tesi su cui si basa questo modello racchiude tutti i principi delle scienze infermieristiche, in quanto comprendeva la creazione di piccole èquipe di infermieri che si occupavano di un piccolo gruppo di malati, in questo modo si ponevano le basi per un rapporto tra persona che assiste e persona che viene assistita, garantendo una maggiore partecipazione e comprensione del malato.

Nell'assistenza per èquipe la persona ricoverata viene posta al centro del processo assistenziale e tutte le figure che fanno parte del team ruotano intorno a lei per integrare le loro competenze, con il fine comune della guarigione.

Il team è composto da un team leader, un infermiere diplomato a cui vengono associate varie figure di livello inferiore: infermieri non diplomati, tecnici, personale ausiliario. Il team leader pianifica i gruppi, fornisce assistenza e risponde dell'operato del gruppo all' infermiere coordinatore. Questa forma di decentralizzazione rende l' infermiere coordinatore libero di occuparsi solo della gestione dell'unità operativa.

Sul piano organizzativo questo modello prevede che:

- il personale infermieristico dell'unità operativa sia suddiviso in piccoli gruppi, ciascuno responsabile dell'assistenza per un piccolo gruppo di malati;
- tutti gli atti assistenziali rivolti al gruppo di malati siano svolti dagli operatori che compongono l'èquipe stessa.

La novità apportata da questo piano di assistenza, rispetto a quello funzionale, sono i piani di lavoro, elaborati secondo il metodo scientifico del processo del nursing. I piani di

assistenza sono individuali per ciascun paziente e mirano ad identificare i problemi attuali o potenziali e gli obiettivi da raggiungere a lungo e breve termine.

L'assistenza non viene più valutata in base al numero di cure erogate, ma in base agli obiettivi raggiunti.

Viene introdotta anche una nuova documentazione infermieristica per ogni paziente, il kardex, una scheda infermieristica dove viene annotato il piano assistenziale, la diagnosi infermieristica, gli interventi e i risultati. Inoltre nel kardex vengono registrate anche le diagnosi mediche, le prescrizioni ed eventuali ordini sia infermieristici che medici.

Una delle principali caratteristiche del modello per piccola équipe è l'introduzione delle riunioni infermieristiche. Lo scopo della riunione infermieristica è di discutere ed eventualmente revisionare i piani di assistenza modulando gli stessi ai bisogni reali e potenziali dei pazienti, stilando, in questo modo, le priorità e la definizione degli obiettivi, programmare gli interventi e risolvere i problemi. Oltre a dare la possibilità all'equipe di confrontarsi sui problemi clinici dei pazienti, la riunione offre anche l'opportunità allo staff di rivedere gli standard assistenziali e di discutere di problemi interpersonali, di conseguenza viene incoraggiato lo spirito di g

ruppo. Le riunioni vengono tenute giornalmente e durano in media dai 30 ai 60 minuti, fissate sempre alla stessa ora, in modo tale da entrare a far parte della routine della giornata.

Lo staff viene informato sull'ordine del giorno di ogni singola riunione in modo tale che vi giunga preparato. Sarebbe opportuno, quindi, che il team leader lasci la possibilità di scelta al suo staff su quale paziente discutere e quali argomenti trattare alla riunione successiva, in modo tale da suscitare interesse da parte di tutto il gruppo infermieristico.

Il team leader inizia la riunione introducendo le condizioni cliniche del paziente preso in esame, monitorizza i progressi del gruppo, registra i problemi, gli obiettivi e gli interventi; inoltre durante una riunione vengono anche delegati in parte i compiti e le attività dei membri dell'equipe.

CAPITOLO III

3.1 Primary nursing

La nascita del Primary Nursing può essere collocata tra la fine degli anni '60 e l'inizio degli anni '70 negli Stati Uniti.

Esso può essere considerato un'evoluzione del modello per piccola équipe, sviluppandolo e migliorandolo infatti fa sì che possa essere raggiunta un'alta qualità dell'assistenza che deve essere lo scopo principale di ogni infermiere, educatore e manager. Alta qualità dell'assistenza significa per M. Manthey un'assistenza individualizzata al singolo paziente, erogata umanamente, con competenza, globalmente e in maniera continua.

Il termine fu utilizzato per la prima volta da Barton nel 1959, il quale affidò il suo programma per la riabilitazione della nevrosi al Primary Therapist, ma fu Marie Manthey a riprenderlo e svilupparlo per applicarlo all'assistenza infermieristica nel 1968, nell'ospedale Universitario del Minnesota. (8)

Il Primary Nursing non è una nuova idea. Esso è un approccio logico per assistere persone malate nello stesso modo in cui noi vorremo essere curati, se fossimo malati (M. Manthey).

Il Primary Nursing rappresenta il ritorno a quella che F. Nightingale considerava come l'assistenza infermieristica di tipo professionale.

Il successo del modello diffuso da Manthey sta nell'aver trovato un sistema di organizzazione del lavoro in cui vengono enfatizzati responsabilità e professionalismo.

Esso non è solo un modello organizzativo assistenziale, ma anche una sorta di opportunità per conseguire comportamenti che sono necessari per affrontare problemi professionali come lo scarso riconoscimento economico, la mancanza di prestigio e di potere, l'esclusione dai processi decisionali e la mancanza di controllo sulla nostra pratica (I.G. Mauksch, Nashville).

Il successo del Primary Nursing negli Stati Uniti è avvenuto in contemporanea con lo sviluppo del processo del nursing e la crescente valorizzazione della ricerca scientifica in campo infermieristico, che ha portato gli insegnanti e gli infermieri ad applicare le teorie e i modelli, fino ad allora rimasti sui testi, alla pratica clinica. In realtà i primi riferimenti al processo di nursing si ebbero negli Stati Uniti nel 1955, ma incominciò ad essere accettato dagli infermieri-insegnanti nei primi anni '60, e solo agli inizi degli anni '70 incominciò ad essere visto come uno standard della pratica clinica.

Il Primary Nursing è un modello organizzativo che offre l'opportunità agli infermieri di sviluppare il loro vero ruolo professionale e facilita la pratica professionale dell'assistenza nonostante la natura burocratica degli ospedali.

Affinché i professionisti possano operare in un burocrazia, il sistema usato per erogare i servizi deve essere progettato per minimizzare l'impatto burocratico e massimizzare il valore di servizi personalizzati cioè sensibili alla variazione dei bisogni dei clienti.

La differenza principale tra il Primary Nursing e gli altri modelli organizzativi consiste nella responsabilità che si assume l'infermiere professionista nel prendere decisioni circa le cure da erogare al proprio paziente.

Il modello viene visto da Bowers come un mezzo, mediante il quale viene applicato il processo del nursing nell'assistenza quotidiana senza compromettere gli ideali intrinseci del nursing di assistenza personalizzata e di continuità delle cure.

È un modello olistico che consiste in politiche, procedure, relazioni, comportamenti, attitudini e competenze che gli infermieri mettono in atto per erogare un'assistenza infermieristica di qualità. Manthey, sostenendo ciò, puntualizza che un modello assistenziale consiste in un servizio alla persona e quindi devono essere individuate le caratteristiche necessarie per incontrare i bisogni degli utenti, in tal modo evidenzia il bisogno che gli ospedali ed i suoi operatori si umanizzino e siano più orientati alla persona. I servizi professionali, infatti, sono significativi solo se incontrano i bisogni sociali. Inoltre, la Manthey crede che questo modello può fungere da catalizzatore per portare al cambiamento oltre che essere uno strumento del processo di cambiamento. (I. G. Mauksch, Nashville).

Per J.C. Clifford lo scopo principale del primary nursing è quello di dare pieno potere e supporto agli infermieri e di fornire un'assistenza clinicamente competente, umanizzata e personalizzata al paziente e ai suoi familiari.

Altri scopi sono stati individuati nella riduzione della frammentazione delle cure attraverso la responsabilità individuale delle decisioni prese dal singolo infermiere, e nel miglioramento della comunicazione a tutti i livelli.

Nella storia del nursing la relazione infermiere-paziente è sempre stata l'essenza della pratica. Il primary nursing si fonda principalmente sulla comunicazione e sulla relazione con il paziente. La relazione è fondamentale per stilare un piano di cura ed inoltre è l'ingrediente principale della soddisfazione del cliente e dell'operatore, così come lo è un risultato positivo della cura della salute. Per N. Moore il primary nursing è ancora attuale perché:

- la relazione è un mezzo per un'un'assistenza personalizzata e per la formazione di un giudizio professionale;
- la relazione permette agli infermieri di focalizzare la loro energia nel miglior interesse per il paziente;
- la relazione è la chiave mediante la quale gli infermieri trovano significativo il loro lavoro ed è quindi la linfa dell'assistenza.

I retroscena che hanno portato negli Stati Uniti ed in Inghilterra all'implementazione del primary nursing sono socio-economiche e professionali.

Esso è stato descritto da alcuni autori come una risposta al declino della fiducia alla pubblica autorità, al movimento dei diritti umani e degli utenti e al problema del controllo della qualità (Betz 1981).

Altri vedono il primary nursing come una parte del processo dell'evoluzione della pratica assistenziale e delle aspirazioni professionali (Manthey, Hegyvary).

Le circostanze appena descritte sono attuali in Italia e creano un terreno fertile per l'accettazione e l'implementazione del modello nel nostro paese, soprattutto in seguito alle recenti riforme sanitarie e alle evoluzioni professionali avvenute nell'ultimo decennio.

Il primary nursing è un sistema per l'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse.

I quattro elementi fondamentali del Primary Nursing sono:

1. L'attribuzione e l'accettazione da parte di ciascun individuo della responsabilità personale nel prendere decisioni;
2. L'assegnazione dell'assistenza quotidiana secondo il metodo dei casi (Case Method);
3. La comunicazione diretta tra gli infermieri;
4. Un infermiere operativamente responsabile per la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti, 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana, anche detto Primary Nurse.

3.2 Accettazione della responsabilità

L'accettazione della responsabilità costituisce il cuore del PN ed evidenzia la differenza sostanziale tra questo metodo e tutti gli altri sistemi assistenziali dato che il Primary Nurse prende decisioni riguardanti l'assistenza al paziente che negli altri modelli erano demandate o al coordinatore o al team leader.

In questo modello l'infermiere referente è totalmente responsabile della cura della persona e non di parti frammentate della stessa come avviene nell'assistenza per compiti (es. prelievi, terapia, mobilizzazione, igiene ecc..).

L'autonomia del ruolo e l'assunzione di responsabilità viene esplicitata nel rispetto del:

- codice deontologico;
- profilo professionale;
- percorso formativo.

La reale presa in carico della persona e del suo entourage familiare non può prescindere dalle conoscenze e dai comportamenti professionali originati dall'osservazione della persona e quindi dalla pianificazione scritta degli interventi assistenziali.

L'infermiere, nella presa in carico della persona, tende in modo continuo alla comprensione dei bisogni espressi e non espressi della persona e nella continua ricerca di evidenze a sostegno del proprio agire.

Tutti gli infermieri diventano primary nursing, a prescindere dalla tipologia di pazienti, con cicli di turni prestabiliti in considerazione delle competenze e abilità possedute.

Dichiarare la propria responsabilità e autonomia richiede capacità comunicativa, padronanza del ruolo e della professione, caratteristiche non sempre pienamente possedute.

Per esplicitare l'autonomia e la responsabilità nella presa in carico attraverso il metodo della pianificazione assistenziale è necessario:

- fornire al paziente e ai suoi familiari informazioni circa il ruolo di infermiere referente, presentandosi all'inizio del turno e congedandosi prima del termine; questo aumenta nel paziente la consapevolezza di essere preso in carico dal professionista e dà all'infermiere la responsabilità di gestire la continuità delle cure;
- fornire assistenza diretta e indiretta in prima persona;
- rilevare e registrare, in collaborazione con il paziente e il contesto familiare, tutte le informazioni necessarie alla pianificazione assistenziale (accertamento all'ingresso);
- rendere disponibili tutte le informazioni clinico/assistenziali ritenute necessarie, condivise con gli infermieri associati e l'equipe multidisciplinare, agli altri operatori attraverso la compilazione della documentazione assistenziale e del planner del primary nursing;
- condividere con il paziente e i suoi familiari la pianificazione assistenziale anche attraverso colloqui educativi e informativi giornalieri programmati;
- attivare, quando necessario, le consulenze di altri colleghi infermieri (enterostomisti, esperti wound care, PICC ed infermieri territoriali);
- pianificare la dimissione del paziente, attivando i percorsi territoriali previsti a garanzia della continuità delle cure.

3.3 Il Case Method

Il Case Method è la modalità attraverso la quale si assegna un infermiere di riferimento ad ogni paziente per tutto il decorso del ricovero.

Il Case Method viene implementato allo scopo di migliorare la relazione che intercorre tra gli esiti assistenziali e le skills possedute dai professionisti.

Il coordinatore infermieristico gioca un ruolo importante nelle assegnazioni dei casi e pertanto dovrebbe conoscere in modo adeguato le competenze presenti all'interno del gruppo assistenziale; esistono comunque gruppi professionali maturi che riescono ad autogestirsi le assegnazioni dei casi.

I criteri da tenere in considerazione per le assegnazioni sono:

- mix di competenze infermieristiche presenti per turno di lavoro (la presenza in turno di personale con competenze medio alte consente la presa in carico di pazienti complessi che richiedono elevati livelli assistenziali);
- analisi della complessità assistenziale; degenza media prevista. Poiché il modello del Primary Nursing prevede l'assegnazione dei pazienti dall'ammissione alla dimissione, il coordinatore deve assegnare i pazienti agli infermieri che per competenza e per turnistica potranno garantire la continuità delle cure.

Per la corretta assegnazione dei pazienti, sarà necessario quotidianamente:

- assegnare gli infermieri di riferimento ai nuovi pazienti in ingresso, riportando tale assegnazione sulla lavagna e comunicandola al paziente/familiari attraverso la consegna del modulo di presentazione; non è possibile che il paziente non si veda assegnato un infermiere di riferimento. Se si verificano ingressi di pazienti in regime di urgenza dove l'intervento decisionale dell'infermiere è assolutamente necessario, i gruppi professionali possono assegnarsi il caso e riservarsi poi con il coordinatore la

discussione in merito alla corretta assegnazione o, in assenza del coordinatore, l'assegnazione può avvenire anche nelle ore successive, dopo l'accertamento in ingresso; è opportuno informare il paziente che conoscerà il suo infermiere tutor nei turni successivi (al massimo entro 24 ore); nel caso di ricovero avvenuto durante la notte, l'assegnazione avverrà il mattino seguente. Il nominativo dell'infermiere referente rimarrà associato sulla lavagna al nominativo del paziente fino alla dimissione dello stesso;

- associare al binomio paziente/infermiere referente l'infermiere associato che garantirà la continuità delle cure pianificate dall'infermiere di riferimento; l'associazione dell'infermiere associato va effettuata ad ogni cambio turno e non rispetta il livello di competenze possedute così come avviene per l'infermiere di riferimento;

- garantire le assegnazioni infermiere referente/paziente in modo coerente con le competenze possedute dal gruppo infermieristico; gli infermieri in possesso di competenze avanzate non sono necessariamente sempre quelli con maggiore anzianità di servizio, da qui scaturisce la necessità di avere adeguati strumenti a supporto nella valutazione competenze/skills dei propri collaboratori (Modello Job Family / Matrice delle abilità);

In alcune circostanze può rendersi necessario effettuare la riassegnazione ovvero modificare l'assegnazione dell'infermiere referente prevista / attuata; tale evenienza può essere subordinata a:

- improvvise e prolungate assenze del personale;
- ricoveri protratti nel tempo che, generalmente, sono rappresentati da pazienti complessi, in questi casi attribuire per un lungo periodo la responsabilità ad un solo infermiere può metterlo in difficoltà, determinando situazioni di stress emotivo;

- richiesta da parte dal paziente o da parte degli operatori in caso di controversie o incompatibilità personali. E' spiacevole che un paziente o il contesto familiare chieda una riassegnazione, ma è possibile, in tal caso il coordinatore, valutata l'impossibilità di proseguire il percorso di cura, effettua la riassegnazione del caso;

- la riassegnazione può avvenire anche quando il decorso clinico previsto non corrisponde a quello effettivo; in effetti, un caso sottostimato o sovrastimato comporta anche una rivalutazione della congruenza delle competenze infermieristiche possedute dal professionista assegnato a quel caso.

3.4 La comunicazione diretta

Nel modello del Primary Nursing, la relazione e la comunicazione sono gli elementi sostanziali su cui strutturare un percorso di cura condiviso tra infermiere e paziente.

I soggetti coinvolti nel percorso di cura possono essere molti, e la comunicazione tra di essi deve essere diretta al fine di ridurre il più possibile i fattori di disturbo (filtri e intermediari).

La comunicazione diretta deve riguardare: infermiere di riferimento / paziente, infermiere / medico, infermiere / caregivers, l'infermiere e tutti coloro che a vario titolo intervengono nel percorso di cura.

I colloqui tra paziente e infermieri di riferimento sono fondamentali per la raccolta di tutte le informazioni necessarie per la pianificazione condivisa degli interventi assistenziali (coinvolgimento del paziente nel processo decisionale e di cura).

In situazioni particolari o d'urgenza sono gli infermieri associati a fornire e ricevere informazioni che poi trasmetteranno all'infermiere di riferimento.

Lo scambio di informazioni con il paziente può avvenire liberamente, quando possibile, durante l'arco della giornata mentre i colloqui che vanno strutturati sono quelli dell'accertamento e della dimissione.

Gli infermieri dovrebbero raccogliere informazioni correlate agli esiti assistenziali reali e potenziali manifestati dal paziente durante il processo di cura (es.: dolore post operatorio, nausea post anestesia ecc..).

Nel colloquio di ingresso l'infermiere deve presentarsi al paziente con nome e cognome, descrivendo il proprio ruolo e dimostrandosi disponibile alla presa in carico. Al momento della dimissione l'infermiere e il paziente si confrontano discutono e preparano le condizioni per un ottimale rientro a domicilio. In questo colloquio è indispensabile che l'infermiere oltre a dare informazioni, fare formazione ed educazione sanitaria, verifichi la capacità di apprendimento e la necessità di ulteriore formazione. Quest'ultima fase è supportata dalla lettera di dimissione infermieristica che fornisce per iscritto quanto riferito verbalmente.

All'interno del team multidisciplinare, la piramide comunicativa viene appiattita, le informazioni cliniche non vengono più filtrate e distorte (problematica tipica delle piccole équipes) da intermediari ma gli operatori comunicano direttamente tra di loro.

E' l'infermiere di riferimento che, oltre ad avere la massima disponibilità di informazioni cliniche e di contesto sociale, riesce a fornire più informazioni agli altri professionisti.

3.5 Primary nurse 24/7

Nella realtà questo non si può tradurre nella presenza fisica continuativa del Primary Nurse nelle 24 ore, ma ciò è reso possibile dalla pianificazione degli interventi assistenziali che saranno garantiti, in sua assenza, dagli Infermieri Associati.

Il Primary Nurse dovrebbe garantire la propria presenza nelle ore significative della giornata, ovvero là dove è determinante la presa di decisioni relative alla pianificazione delle cure (giro visita, colloqui con pazienti e familiari, giorno intervento chirurgico, giornata ammissione/dimissione).

All' infermiere referente saranno, pertanto, assegnati prevalentemente turni mattutini e pomeridiani, mentre la turnazione notturna, intesa come "sorveglianza" viene di solito tolta e assegnata agli infermieri associati.

I criteri da considerare nella strutturazione dei turni nel modello del primari nursing sono:

- garantire la continuità dell'assistenza dall'ammissione alla dimissione;
- assicurare un infermiere di riferimento con le competenze necessarie per gestire l'assistenza del paziente assegnato;
- garantire la presenza del Primary Nurse nelle fasce orarie significative; il coordinatore, per tale motivo, nella stesura del turno dovrà garantire il rispetto di quanto previsto dalla normativa italiana e comunitaria relativa all'articolazione dei turni di servizio e orario di lavoro.

La durata delle sequenze di lavoro dovrebbe essere subordinata alla degenza media dei pazienti nel setting assistenziale e alla tipologia di competenze infermieristiche che afferiscono al gruppo professionale.

Si possono identificare, a titolo di esempio, 4 Referenti/settimana in modo tale che il coordinatore possa prevedere un mix di competenze all'interno della scelta.

Due dei referenti potranno essere “esperti” e due potranno essere “junior”, in modo da poter assegnare i pazienti in base alle competenze possedute.

E’ anche opportuno, nell’articolazione del turno, che non tutti i referenti inizino la loro sequenza lo stesso giorno.

Quando l’infermiere referente è assente nella fase di dimissione, quest’ultima sarà gestita dall’infermiere associato che provvederà alla consegna della lettera di dimissione infermieristica cartacea preventivamente predisposta dall’infermiere referente (data dimissione prevista segnalata sulla lavagna magnetica/tabellone); tale documento deve rappresentare la sintesi di quanto detto nel colloquio di dimissione fra referente e paziente / familiari.

Esperienze nazionali e internazionali hanno evidenziato che il modello del primary nursing non richiede un aumento di risorse professionali rispetto alle normative vigenti relative alla determinazione degli organici infermieristici, neanche nei periodi in cui il personale risulta numericamente ridotto (ferie programmate, ecc...).

3.5.1 L'infermiere associato

L' infermiere associato è il professionista che attua, sulla scorta della documentazione assistenziale, le cure pianificate dall'infermiere referente. La dizione "associato" non deve essere equivoca nel senso che non va intesa come eccessiva subordinazione di un professionista nei confronti di un altro.

E' bene chiarire che ogni infermiere, in considerazione delle competenze possedute, potrà essere referente per alcuni pazienti in un determinato lasso temporale per poi essere associato di altri pazienti in un altro periodo di tempo. Se si dovesse rendere necessario apportare delle variazioni al piano assistenziale previsto dall'infermiere referente, l'infermiere associato può farlo; tutte le informazioni, a giustificazione di tale modifica, verranno registrate sulla documentazione assistenziale e valutate successivamente con l'infermiere referente.

L'infermiere associato oltre a garantire il corretto scambio di informazioni tra tutti gli attori coinvolti nel processo di cura deve comunque far presente al paziente, ai familiari e al team multidisciplinare che i colloqui programmati sono prerogativa dell'infermiere referente.⁽⁹⁾

CAPITOLO IV

4.1 Relazioni terapeutiche, l'essenza del Primary Nursing

Nel Primary Nursing si stabilisce una relazione terapeutica tra un infermiere referente, una singola persona assistita e la sua famiglia. All'interno di questa relazione, l'infermiere ha la responsabilità di identificare i bisogni individuali della persona assistita e di comunicare e coordinare quei bisogni con gli altri competenti del team sanitario. Mentre è universalmente accettato che una relazione terapeutica con la persona assistita e la sua famiglia è un aspetto essenziale del PN, molto poco è stato scritto su cosa realmente sia una relazione terapeutica e su come attuarla all'interno di un ambiente come quello sanitario caratterizzato da tempi limitati e da ritmi vertiginosi.

Per colmare questa lacuna, l'infermiera coordinatrice Mary Koloroutis e lo psicologo del bambino e della famiglia Michael Trout hanno studiato come formare legami autentici e compassionevoli che permettano alla persona assistita e alla sua famiglia di aver fiducia in chi si prende cura di loro e di collaborare per la migliore cura possibile.

Una relazione terapeutica penetra al cuore del significato del prendersi cura perchè è focalizzata su ciò che è più importante per la persona assistita e su quello che consentirà di ottimizzare il suo ritorno allo stato di salute/benessere.

Lo scopo della relazione terapeutica è caratterizzato da tre fattori:

- Aiutare le persone a far fronte alla loro situazione;
- Sostenere le persone assistite e le loro famiglie nel comprendere e integrare il significato dell'esperienza di malattia nella loro vita;
- Supportare le persone assistite e le loro famiglie nell'orientarsi verso una maggiore consapevolezza della loro stessa salute e del loro benessere.

Una relazione terapeutica può esistere anche in un breve incontro tra persona assistita e professionista clinico ma, se l'assistenza è erogata con il Primary Nursing, questa relazione è più semplice da stabilire in quanto il PN è davvero progettato per assicurare che alla relazione tra persona infermiere e persona assistita siano dati il tempo, lo spazio e la struttura per svilupparsi.

Sappiamo, comunque, che una relazione terapeutica non si instaura automaticamente solo perchè un professionista clinico ha l'opportunità di crearne una.

Nasce quando il professionista è consapevole e intenzionato a “connettersi terapeutamente” e quando la relazione è fondata su conoscenze e abilità solide che possono essere apprese e padroneggiate. Questa relazione non dipende dalle capacità innate o dalle caratteristiche personali dei professionisti. Non significa nemmeno “essere gentili”; significa essere terapeutamente focalizzati e centrati nella consapevolezza di sé e dipende dall'impegno e dallo sviluppo del singolo professionista.

Nel loro libro innovatore, *See me as a person: Creating therapeutic relationships with patients and their families*, Koloroutis e Trout descrivono quattro modalità che permettono ai professionisti clinici di stabilire in modo intenzionale questo legame terapeutico anche in circostanze di tempo limitate.

Il Primary Nursing rimuove uno dei maggiori ostacoli alla creazione e allo sviluppo di relazioni terapeutiche: la mancanza di continuità assistenziale dei professionisti. Infatti, il PN crea opportunità ideali perchè si sviluppino relazioni terapeutiche ed è essenziale trarre il massimo vantaggio da queste opportunità.

Lo scopo del PN è fornire la migliore cura personalizzata per le persone assistite e le loro famiglie e la pratica basata sulla relazione terapeutica rappresenta il percorso più rapido per soddisfare tale scopo.

Quando un'organizzazione mette in pratica il Primary Nursing e forma gli infermieri referenti nelle quattro modalità che creano relazioni terapeutiche, la cultura di quell'organizzazione non può che esserne influenzata positivamente. Tutte le persone assistite desiderano dei professionisti dell'assistenza che siano competenti dal punto di vista tecnico. Questo è il minimo che ci si attende. Quando viene chiesto loro cosa conta di

più, comunque, quasi tutte le persone assistite affermano che sono desiderose di essere guardate, ascoltate, rispettate e assistite con comprensione.

Quando siamo noi a essere assistiti, ci attendiamo che i professionisti sanitari siano ben consapevoli degli sforzi umani richiesti dal bisogno di assistenza e che siano quindi in grado di sostenerci nel superare tutto ciò che incontreremo sia esso di natura fisica o di natura emotiva.

4.2 Le quattro modalità che creano relazioni terapeutiche

Una relazione terapeutica non è paragonabile a nessun'altra relazione. In questa relazione esclusiva, il professionista offre “cura, tocco, compassione, presenza e ogni altro atto o atteggiamento che promuova la guarigione, senza attendersi nulla in cambio” (Koloroutis, 2004). Allo scopo di entrare in connessione con un'altra persona, i professionisti devono possedere le capacità di essere aperti e accettare le persone nel loro percorso di cura, incontrandole esattamente nel punto in cui si trovano. Le quattro modalità terapeutiche permettono ai professionisti di diventare e rimanere aperti, ricettivi e presenti, indipendentemente dalle circostanze e dalla persona che hanno di fronte.

Le quattro modalità terapeutiche sono:

- Sintonizzarsi;
- Chiedere;
- Seguire;
- Proteggere.

Queste azioni costituiscono un modo di essere, di pensare e di interagire. Queste modalità non sono progressive, sebbene la prassi del sintonizzarsi sia necessaria affinché si verifichino tutte le altre.

Le altre tre metodiche appariranno e riappariranno, per tutta la relazione di assistenza, in ogni ordine e in tutte le combinazioni.

4.2.1 Sintonizzarsi

Entrare in sintonia con un'altra persona richiede presenza.

Presenza che consente la creazione di un legame, anche se provvisorio, che conduce il professionista a essere in armonia con la persona assistita e viceversa.

Questa sintonia attiva crea un ambiente che facilita lo sviluppo affinché le tre modalità successive possano realizzarsi. Senza sintonia con i professionisti che si prendono cura di loro, la persona assistita e la sua famiglia possono sentirsi davvero molto abbandonate, qualsiasi cosa stia accadendo intorno a loro. Mary Koloroutis ha approfondito alcune delle criticità riscontrate dell'entrare in sintonia e in un suo scritto afferma: *è attraverso una consapevole sintonia con la persona di cui ci prendiamo cura che comunichiamo i messaggi fondamentali dell'assistenza infermieristica e della medicina: io ti vedo, mi interesso di te, ti rivolgo tutta la mia attenzione, io sono qui, tu sei al sicuro.*

Noi ci sintonizziamo con una persona quando ci mettiamo in una posizione mentale e psicologica tale per cui siamo in grado di cogliere il suo stato d'animo. Ci sintonizziamo con una persona quando consapevolmente mettiamo da parte le nostre esigenze e i nostri programmi e ci concentriamo sui bisogni dell'altro.

Proviamo sintonia quando gli altri ci vedono, ci sentono e ci rispettano. Siamo più propensi a sentirci calmi e coinvolti quando sentiamo che gli altri ci hanno dato tutta la loro attenzione.

La scienza ha documentato l'esperienza di regolazione reciproca che si verifica quando due persone sono in sintonia. Una mamma è attenta e si sintonizza con la condizione psicologica del suo bambino. Il bambino è attento e dentro di lui sperimenta la condizione psicologica della sua mamma e poi entra in sintonia con lei.

Sono uniti l'uno all'altra. I loro sistemi neurologici sono collegati. In questo processo, la madre acquisisce la strana e potente capacità di regolare in modo sorprendente l'umore, i movimenti e l'interesse del suo bambino.

La nostra esperienza come persone assistite, quando stiamo soffrendo, quando abbiamo paura e forse siamo momentaneamente regrediti e vulnerabili, può essere molto

simile all'esperienza di un bambino - anche noi cerchiamo la sintonia, forse più di tutti gli altri - cercando e chiedendo sicurezza. Possiamo essere molto sospettosi e siamo in grado di relazionarci ed entrare in contatto solo dopo aver percepito che l'altro si sta preoccupando sinceramente per il nostro benessere.

Quando questo accade, può iniziare una relazione terapeutica (comunicazione personale di M. Koloroutis)

4.2.2 Chiedere

Chiedere necessita di un senso genuino di interesse e di curiosità nei confronti dell'altra persona. Prende il posto di qualsiasi supposizione, conclusione affrettata o eccessiva dipendenza da una lista di cose da fare. Chiedere implica comprendere, indagare, ascoltare e pensare a ciò che potrebbe esserci dietro le parole di una persona o dietro al suo linguaggio del corpo.

Esempi di come “il chiedere” può essere utilizzato nella pratica clinica sono:

- Qual è la sua/vostra più grande preoccupazione oggi ?
- Che cosa è più importante per lei/voi ora ?
- Qual è stata la sua/vostra esperienza passata ?
- Cosa la/vi preoccupa ?

Allo scopo di porre delle domande sincere, dobbiamo credere che la persona assistita (e la sua famiglia) abbia qualcosa di importante da insegnarci e che entrambi potremo beneficiare di questa nostra scoperta. Porre delle domande ci aiuta a evitare i pregiudizi, con diagnosi e conclusioni affrettate, e a non etichettare gli altri. Quando siamo consapevoli dei nostri potenziali pregiudizi e delle nostre possibili valutazioni, siamo più abili a interromperli attivamente così da non permettere loro di interferire con le nostre relazioni terapeutiche.

4.2.3 Seguire

Seguire implica ricordare, rispettare e agire sulla base di ciò che noi apprendiamo mentre ascoltiamo, osserviamo e interagiamo con le persone che assistiamo e le loro famiglie. La nostra assistenza, i nostri discorsi e le nostre decisioni si orientano a ciò che la persona assistita ha condiviso con noi e a ciò che ci ha insegnato: è la persona assistita che ci conduce e noi la seguiamo.

Non siamo guidati dal nostro programma, ma piuttosto dagli spunti e dalle idee che abbiamo appreso ponendo domande e prestando attenzione. Il seguire può manifestarsi nel nostro modo di erogare assistenza quando usiamo frasi del tipo:

- Quando dice _____, io mi chiedo...
- Io mi accorgo...
- Mi racconti di più su...
- Lei sembra (triste, eccitato, preoccupato...). E' vero?

Seguire implica lo sforzo attivo di ascoltare in profondità, rimanendo interessati (e non interrompendo) a quello che vediamo e sentiamo. Come il chiedere, il seguire è più facile quando crediamo che la persona assistita abbia qualcosa di importante da insegnarci e che la qualità dell'assistenza migliori attraverso la nostra comprensione di che cosa risulta importante per la persona stessa.

4.2.4 Proteggere

Proteggere è creare un luogo sicuro per le persone che ricevono la nostra assistenza. Noi le proteggiamo dal male, le accettiamo come sono e lavoriamo per preservare la loro dignità. Proteggere può assumere la forma del rispetto per le loro confidenze e dell'essere una presenza consolidata e che non giudica.

Quando proteggiamo, ci possiamo trovare a dire cose come:

- Naturalmente lei si sente così...
- Mi assicurerò che questa cosa sia presa in considerazione.
- Io sono qui.
- Io starò con lei.
- Io sono il suo infermiere referente.

Il proteggere si verifica quando ci ricordiamo che ogni incontro con una persona assistita ha un inizio, un centro e una fine. I tempi di passaggio sono punti di vulnerabilità per le persone assistite che hanno bisogno di sapere cosa li aspetterà in seguito.

Quando i passaggi non sono presidiati, l'ansia aumenta. L'infermiere referente anticipa e prepara le persone assistite e le loro famiglie ai diversi passaggi dell'esperienza assistenziale. Il proteggere ci chiede di ricordare che la persona assistita ci ha consegnato la sua sacra fiducia e noi dobbiamo essere all'altezza di quella fiducia nel miglior modo possibile, basandoci sull'unicità dei bisogni di ciascuna persona.⁽⁸⁾

CONCLUSIONI

La relazione infermiera-paziente sta alla base dell'attività infermieristica pratica e di un modello di assistenza che si rispetti. Tutte le infermiere concordano sul fatto che lo stretto legame con il paziente e la sua famiglia implica un rapporto privilegiato di fiducia, che va tutelato a tutti i costi. Le infermiere tengono molto ad improntare la loro attività ai valori deontologici nonchè di giustizia, collaborazione e sicurezza. Esse mirano alla ricerca di soluzioni commisurate alle esigenze individuali dei pazienti e delle loro famiglie.

Le infermiere esprimono inoltre la frustrazione che provano incontrando grandi difficoltà nell'applicare tali valori alla loro attività quotidiana, nel contesto dei modelli di assistenza esistenti e delle sfide lanciate dal Sistema Sanitario attuale. Da questo breve estratto de "Il modello di pratica professionale: una guida alla sua implementazione" a cura di Mary Koloroutis si evince come una buona relazione infermiere-paziente sia fondamentale e di come una parte degli infermieri non abbia la possibilità di attuarla.

Adottando come modello assistenziale il Primary Nursing si crea un terreno fertile dove far nascere e coltivare queste relazioni terapeutiche.

L'Italia è uno di quei paesi dove il Primary Nursing ancora non si è diffuso poichè la stragrande maggioranza delle strutture non ha ancora adottato questo metodo.

L'Italia è caratterizzata per avere, tra le nazioni europee e nel mondo, uno dei migliori sistemi sanitari per copertura universale, qualità, accessibilità ed equità.⁽¹⁰⁾

Tuttavia è un sistema che investe poco in assistenza infermieristica nelle strutture sanitarie e quasi nulla sul territorio, ponendo invece a carico dei medici di base e delle famiglie un onere elevatissimo in termini di assistenza sussidiaria ai malati e ostacolando la diffusione del Primary Nursing.

Negli ultimi anni tuttavia parecchie strutture stanno cercando di mobilitarsi verso l'implementazione del Primary Nursing quindi sono fiducioso che l'ambiente lavorativo dove andrò ad esercitare la mia professione sia orientato in questo senso perchè credo fermamente che la parte umana di questo lavoro abbia un'importanza fondamentale nel percorso di cura.

BIBLIOGRAFIA

1. Marie Manthey, 2008. *La pratica del Primary Nursing: L'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse*. Il Pensiero Scientifico Editore.
2. www.gazzettaufficiale.it
3. idem
4. idem
5. idem
6. <https://www.fnopi.it/federazione/note-di-storia/>
7. Andrea Cavicchioli, 1997. *Elementi di base dell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana.
8. Susan Wessel, Marie Manthey, 2018. *Primary Nursing: Assistenza infermieristica centrata sulla relazione con la persona assistita*. Casa editrice Ambrosiana
9. korraton.altervista.org, sito realizzato dal Dott. Tonelli Corrado, Laureato Magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.
10. Giorgio Mazon, Tiziana Suardi, 2013. *Primary Nursing: Conoscere e utilizzare il modello*. Maggioli Editore

***“L’infermieristica non è semplicemente tecnica, ma
un sapere che coinvolge anima, mente e
immaginazione”***

Florence Nightingale

