



40° Congresso Nazionale SIAN

L'evoluzione professionale e la formazione: ieri, oggi e domani

9 - 11 maggio 2022 📍 Rimini

Società Italiana Area Nefrologica

PRIMARY NURSING: LA PRESA IN CURA DEL PAZIENTE IN DIALISI

Autori: Roberta Oriani¹, Fabrizio Mastroianni², **Teresa Botti**³, Rita Fragata³

¹SITRA -esigenze strategiche- ricerca e progetti trasversali

²Coordinatore Inf. Dialisi, ³Infermieri Primary Nurse

Introduzione

Il modello organizzativo dell'assistenza personalizza 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 (PN) che prende in carico l'assistito dall'ingresso alla dimissione, 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 e coinvolgimento nella presa di decisioni (1).

L'Azienda USL Valle d'Aosta ha iniziato un percorso formativo inerente il Primary Nursing, in collaborazione con il CESPI (Centro Studi Professioni Sanitarie), nel 2014 coinvolgendo 563 professionisti dell'assistenza operanti presso l'Area Ospedaliera. L'obiettivo del progetto era l'implementazione del nuovo modello assistenziale in tutta l'area ospedaliera.

Dal 2017 il modello è stato implementato in tutte le realtà ospedaliera, tra cui la Dialisi. Seppur con qualche difficoltà iniziale, i professionisti infermieri hanno saputo applicare il modello con responsabilità ed autonomia, migliorando la presa in cura del paziente.

Inoltre il PN in dialisi utilizza il giudizio clinico che è ingrediente della pianificazione assistenziale e del ragionamento clinico che l'accompagna. (2): il ragionamento clinico precede il giudizio clinico e il processo decisionale che è abilità indispensabile nell'agire professionale (3) e che garantisce la presa in cura "globale" della persona, "ingrediente" imprescindibile in un contesto di dialisi in quanto il rapporto, sul lungo periodo, che si crea con l'utente permette al PN di esplorare la sfera fisica, psichica, sociale e di reperire indizi utili alla pianificazione personalizzata.

La nostra esperienza

Dal 2020 si è proceduto ad assegnare i singoli pazienti al PN, misurando la complessità assistenziale attraverso il Metodo assistenziale professionalizzante (MAP) (2).

Il MAP pone l'attenzione sul paziente e sulle variabili cliniche che incidono sulla complessità assistenziale (CA), classificando i bisogni della persona in analisi con le condizioni cliniche, le risorse individuali, l'ambiente per giungere ad un massimo grado di autonomia possibile. Tale strumento analizza il carico assistenziale che suddivide i pazienti in base alla loro complessità assistenziale (bassa, medio - bassa, medio - alta, alta).

La complessità dell'individuo è articolata in tre principali dimensioni: stabilità clinica, responsività e indipendenza. Il MAP riesce a individuare le condizioni di salute dell'assistito, i bisogni assistenziali,

gli interventi appropriati, le azioni proprie degli infermieri e quelle attribuibili ad altri operatori, il grado di integrazione professionale, il grado di coinvolgimento del care-giver.

Nella nostra realtà misurare l'effettiva complessità assistenziale dei paziente ha permesso di affidare la persona alle giuste competenze dell'infermiere. I criteri utilizzati sono stati:

- **Complessità 1 (bassa): in cui affluiscono** pazienti con piano assistenziale standard o modificato o individualizzato in atto e che non richiedono frequenti aggiornamenti delle pianificazioni in atto.
- **Complessità 2 (media-bassa):** in cui affluiscono pazienti con piano assistenziale standard o modificato o individualizzato in atto con vaccinazione antiepatite in corso o con necessità di controlli diagnostici aggiuntivi per patologia o per iscrizione in lista trapianto.
- **Complessità 3 (medio -alta):** in cui affluiscono pazienti con piano assistenziale standard o piano standard modificato e piano individualizzato in fase di stesura; pazienti con instabilità clinica che richiede frequenti aggiornamenti dell'accertamento infermieristico; nuovi pazienti o provenienti da altri contesti assistenziali (trapianto, dialisi peritoneale, predialisi, ecc) che richiedono una raccolta dati per individuare una presa in cura mirata o un addestramento specifico.

Si è proceduto a elaborare due strumenti excel:

-una **scheda di assegnazione casi (figura 1 –2)** dall'accoglienza del paziente fino alla dimissione, registrando la variazione della CA. Lo strumento viene supervisionato quotidianamente dal coordinatore per valutare la presenza del binomio infermiere paziente, la CA e ipotizzare, se necessario delle modifiche nell'assegnazione. Quindi è responsabilità del coordinatore infermieristico l' assegnazione dei casi, diventando "allenatore" degli infermieri nella pianificazione assistenziale e supporto nel processo decisionale.(1)

SEDE	PAZIENTI	INFERMIERA	MEDICO	Complessità	NOTE
AO		BS		2	creazione di asola su fav, iscrizione lista trapianto
AO		GC		1	aggiornamenti frequenti per plurime patologie
AO		BT		3	
AO		GC		3	
AO		CF		1	non necessita di aggiornamenti frequenti dell'accertamento infermieristico
AO		CMC		2	Controlli aggiuntivi e frequenti per patologia
AO		PD		3	n.e.
AO		SM		2	controlli per lista tpx,rientrato da poco da St.Vincent e quindi variata infermiera primary +voile
AO		CMC		2	controlli diagnostici aggiuntivi per patologia o per iscrizione in lista trapianto
AO		JD		1	pz rientra dal centro dialisi di Donnas appena operato di amputazione piede sx, da riorganizzare il rientro a domicilio e nel centro di Aosta e la raccolta dati.
AO		SC		2	necessita di controlli diagnostici aggiuntivi per patologia + pz in lista trapianto
AO		BT		1	
AO		PD		1	
AO		BC		1	non richiede frequenti aggiornamenti delle pianificazioni in atto
AO		GC		3	NUOVO ENTRATO DA CAPD
AO		FR		1	non necessita di frequenti accertamenti.
AO		BC		2	necessita di plurimi controlli aggiuntivi per patologia, difficoltà comunicative
AO		CMC		2	grosse difficoltà per barriera linguistica e poca accettazione della emodialisi ma aderisce al piano terapeutico con l'aiuto ella figlia.
AO		BS		2	creazione di asola su fav.
AO		RR		3	
AO		JD		1	
AO		CF		1	non necessita di aggiornamenti frequenti dell'accertamento infermieristico. Ospite in comunità.
AO		SC		2	in corso vaccinazione fendrix + controlli per patologia.
AO		JD		3	NUOVO ENTRATO

CRITERI DI ASSEGNAZIONE DELLA COMPLESSITA'

Complessità 1 (bassa Complessità):
- pazienti con piano assistenziale standard o modificato o individualizzato in atto e che non richiedono frequenti aggiornamenti delle pianificazioni in atto.

Complessità 2 (media Complessità):
- pazienti con piano assistenziale standard o modificato o individualizzato in atto con vaccinazione antiepatite in corso o con necessità di controlli diagnostici aggiuntivi per patologia o per iscrizione in lista trapianto

Complessità 3 (alta Complessità):
- pazienti con piano assistenziale standard o piano standard modificato **e piano individualizzato in fase di stesura**
- pazienti con instabilità clinica che richiede **frequenti aggiornamenti dell'accertamento infermieristico**
- pazienti nuovi o provenienti da altri contesti assistenziali (trapianto, dialisi peritoneale, predialisi, ecc) che richiedono una nuova presa in cura o un addestramento specifico. **Dopo 2 mesi o al termine dell'addestramento questi pazienti non sono più considerati nuovi.**

NOTE: inserire nelle note le motivazioni del carico e solo **per i pazienti nuovi** la data della prima presa in carico (data dell'anamnesi in accert. inf) .

figura 1 -scheda di assegnazione casi



S.C. NEFROLOGIA E DIALISI SCHEMA ASSEGNAZIONE CASI

NOMINATIVO INFERMIERI														
SEDE OSPEDALE U. PARINI	TOTALE PAZIENTI	MEDIA CA	PAZIENTE	MEDICO	COMPLESSITA'									
BF														
BT	4	2			1			1			3			3
BS	4	1,75			2			2			2			1
CF	4	1,5			1			1			1			3
CMC	3	1,5			2			2			2			
FR	4	2,25			3			2			1			3
GC	4	2,25			1			3			2			3
GM	3	1,25			1			3			1			
JD	4	2			3			1			1			3
LMC	4	1,25			1			2			1			1
PD	4	2,25			3			2			1			3
RR	1	0,75			3									
SC	4	2			2			3			2			1
SM	4	2,25			2			2			2			3
BC	4	2			2			1			2			3
PERTONEALE														
SD	4	1,75			2			2			3			
SD		0,25			1									
FE	5	0,75			1			1			1			
FE		0,75			1			2						
SEDE SAINT VINCENT DONNAS														
AS	6	1,75						3			2			2
AS		1			2			1			1			
FE	5	3			3			3			3			3
FE		0,5			2									
PN	6	2			2			3			2			1
PN		1			3			1						
SG	6	1,75			1			2			2			2
SG		1			1			3						

figura 2 -scheda di assegnazione casi

-una scheda di programma di gestione del carico intradialitico (figura 3)

S.C. NEFROLOGIA E DIALISI												
SCHEMA CARICO INTRADIALITICO												
MATTINO												
SETT.	21/feb		22/feb		23/feb		24/feb		25/feb		26/feb	
LETTO	LUNEDI'	CARICO	MARTEDI'	CARICO	MERCOLEDI'	CARICO	GIOVEDI'	CARICO	VENERDI'	CARICO	SABATO	CARICO
L1		1		1		2		1		2		1
L2		1		1		1		1		1		1
L3		3		3		1		2		1		1
L4		2		2		1						
L5		1		1		1		1		1		1
L6		1		1		1		1		1		3
L7		1		1		1		1		1		1
L8		1		2		1		2		1		2
L9		1		1		1		1		1		2
L16		1		1		1		1		1		1

S.C. NEFROLOGIA E DIALISI													
SCHEMA CARICO INTRADIALITICO													
POMERIGGIO													
SETT.	21/feb		22/feb		23/feb		24/feb		25/feb		26/feb		30/dic
LETTO	LUNEDI'	CARICO	MARTEDI'	CARICO	MERCOLEDI'	CARICO	GIOVEDI'	CARICO	VENERDI'	CARICO	SABATO	CARICO	
L1		1		1		1		2		1		1	
L2		1		1		1		2		1		2	
L3		1		3		2		2		3		3	
L4		1				2							
L5		2		2		2				2		1	
L6		2		1				2		1		1	
L7		1		1				2		2		1	
L8				1		1		1		3		1	
L9		2		2		1				1		1	
L16		1		1		1				1			

figura 3 -scheda di programma di gestione del carico intradialitico

Risultati

La scheda assegnazione casi ha permesso di migliorare la visibilità delle assegnazioni identificando il PN: ciò ha garantito un miglior flusso informativo tra medico versus PN, tra infermiere associato versus Pn e viceversa. Inoltre il coordinatore infermieristico ha giornalmente una visione di chi è deputato alla presa di decisioni rispetto al singolo caso, considerando la CA rilevata.

A ciascun infermiere sono stati assegnati in media 4 -5 casi considerando la competenza consolidata degli infermieri che operano in dialisi.

Cinque infermieri assistono utenti con un valore di CA (media dei casi) di 2 o superiore che si attesta su una CA media.

Sette infermieri assistono utenti con un valore di CA (media dei casi) tra 1,5 a 2 che quindi si attesta tra la CA bassa e media.

Un infermiere, neo formato, ha la responsabilità di un unico paziente con CA 0,75 e quindi bassa.

Inoltre si è stato rilevato che, a seguito della corretta assegnazione dei casi al PN, per l'80% dei pazienti, si sono ridotti ricoveri nelle strutture di nefrologia per complicanze correlate alla dialisi.

Il secondo strumento, lo **scheda di programma di gestione del carico intradialitico**, permette di gestire il carico di complessità durante la seduta dialitica: il giorno antecedente la seduta viene organizzata la sala dialisi, considerando la CA del paziente, al fine di avere un'adeguata presa in cura durante il turno sia per il PN che per l'associato.

Conclusioni

In Dialisi il binomio paziente-infermiere è indispensabile in quanto la cronicità della malattia nonché la "frequenziazione" del servizio da parte dell'utente, determina una conoscenza e una relazione di cura a 360°.

Il Primary Nursng è un modello che ben si adatta a tale contesto in quanto la relazione è il punto di partenza e di continuità del legame infermiere – paziente. La definizione della complessità assistenziale aiuta a rendere oggettivo il carico di lavoro e la responsabilità di ciascun operatore e quindi anche a migliorare la relazione nell'equipe chiarendo i ruoli.

Bibliografia

- (1) Carpenterio R, Mazzi C, Rossi L. Il processo di assegnazione nel primary nursing: uno strumento per il coordinatore infermieristico in Rivista L'infermiere n.1 -2020
- (2) Marmo G, Molinar Min M, Montanaro A, Rossetto P. Complessità assistenziale : un metodo per orientarsi. Maggiori Editore. 2015
- (3) Jiménez-Gómez MA, Cárdenas-Becerril L, Velásquez-Oyola MB, Carrillo-Pineda M, Barón-Díaz LY. Reflective and critical thinking in nursing curriculum. Rev Lat Am Enfermagem. 2019 Dec 5;27:e3173. doi: 10.1590/1518-8345.2861.3173. PMID: 31826151; PMCID: PMC6896806.