



**RAVENNA**

**FORLI  
CESENA**

**OPI**

# Modelli Organizzativi dell'assistenza Infermieristica

Docente: Maria Teresa Rinieri

---

6/10 Settembre 2018

# I modelli

Rappresentazione di un oggetto o di un fenomeno che corrisponde alla cosa modellata nel senso che ne riproduce alcune caratteristiche o comportamenti fondamentali, in modo che questi possano essere studiati, conosciuti laddove l'oggetto modellato non sia direttamente raggiungibile.

Un modello organizzativo assistenziale fornisce indicazioni su come operare, suddividere, organizzare il lavoro degli infermieri e del personale di supporto.

# I modelli Organizzativi dell'assistenza infermieristica

Parlare dei diversi modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica significa riferirsi ad uno schema concettuale che consente di chiarire, man mano, i significati degli elementi che ne costituiscono la base. Rappresentano la modalità con la quale agisce una organizzazione

# I modelli Organizzativi dell'assistenza infermieristica

*I cambiamenti che hanno interessato i sistemi sanitari sono stati enormi e hanno riguardato:*

- *Legislazione*
- *Organizzazione*
- *Finanziamento*
- *Tecnologia*

*...Evoluzione delle branche della scienza medica e della scienza Infermieristica.*

---

Ogni modello ha risentito:

del periodo storico in cui è nato e del contesto in cui è stato applicato (ospedale, territorio, casa di cura), delle risorse umane e materiali, della tipologia di personale, dalla sua formazione, del livello di professionalità degli operatori e del loro esercizio di ruolo.

**NON ESISTE  
CONTRAPPOSIZIONE  
ASSOLUTA TRA I DUE  
MODELLI**

**POSSONO E DEVONO  
CONVIVERE!**

---

*Il funzionamento delle organizzazioni complesse si richiama a*

Modelli organizzativi a orientamento di **tipo tecnico**

Modelli organizzativi a orientamento di **tipo professionale**

---

# **MODELLI A ORIENTAMENTO DI TIPO TECNICO**

**Principali caratteristiche:**

- Scomposizione delle attività in processi operativi chiari e dettagliati**
- Definizione modalità di svolgimento delle attività e dei criteri di decisione**
- Utilizzo delle persone in ruoli esecutivi**
- Integrazione fra i diversi compiti demandata a figure di coordinamento**

# **MODELLI A ORIENTAMENTO DI TIPO PROFESSIONALE**

## **Principali caratteristiche:**

- Valorizzazione delle competenze professionali: i professionisti devono essere in grado di ricercare e scegliere autonomamente le modalità operative ritenute più idonee**
- Capacità di combinare fra di loro le risorse per al fine di ottenere risultati coerenti con la domanda di salute dei pazienti**
- Le persone adattano il loro agire in rapporto ai risultati da ottenere**
- Ruolo partecipativo/attivo dei professionisti**
- Richiedono ai professionisti sicurezza e senso di responsabilità**

# I modelli Organizzativi dell'assistenza infermieristica

- Assistenza funzionale
- Team nursing o piccole equipe (assistenza di gruppo )
- Assistenza primaria
- Assistenza modulare o per settori
- Gestione del caso (Case Management)
- Assistenza per cellule o per aree
- Chronic Care Model

# Assistenza funzionale

Nato negli anni 30/40 e tratto dalle imprese industriali.

Sistema di erogazione dell'assistenza che prevede che l'assegnazione di specifici compiti siano assegnati dal coordinatore agli altri membri del gruppo. La suddivisione avviene per mansione.

Si segue rigidamente procedure e protocolli

## Caratteristiche

- Parcellizzazione delle attività in compiti
- Il compito è vissuto come obiettivo e non come strumento per raggiungerlo
- L'attività è centrata sull'organizzazione e non sulla persona

# Assistenza Funzionale

## Punti di forza

- Minor impiego di risorse (standard di assistenza sicura)
- Richiede una moderata attività di coordinamento
- Consente il controllo diretto sulle attività svolte

## Punti di debolezza

- Assistenza di natura frammentaria senza visione globale della persona ed approccio meccanicistico
- Stimola poco lo sviluppo professionale e deresponsabilizza
- La ripetitività degli atti nel tempo determina minor attenzione

# Team nursing o piccole equipe (assistenza di gruppo):

Sistema di erogazione dell'assistenza ad un gruppo di pazienti da parte di un team specifico per turno. Ogni membro ha la possibilità di vedere attuato il suo suggerimento.

## **Caratteristiche:**

Collaborazione di più operatori nel prendersi cura di un certo numero di assistiti

- Il gruppo è coordinato da un infermiere: team leader che pianifica, interpreta, coordina e supervisiona e valuta
- Il gruppo può comprendere personale di supporto

# Team nursing o piccole equipe (assistenza di gruppo):

## Punti di forza

- Riconoscimento e valorizzazione delle competenze professionali
- Sviluppa la comunicazione orizzontale
- Maggior coinvolgimento e conoscenza degli assistiti

## Punti di debolezza

- Numero di operatori che si occupano dello stesso paziente
- Operatori che ricevono disposizioni sia dal caposala che dall'infermiere team leader
- Pochi infermieri desiderano assumere il ruolo di team leader
- Necessità di un elevato livello di collaborazione e comunicazione

# Assistenza primaria ( primary nursing):

Sistema di erogazione dell'assistenza in cui un infermiere assume la responsabilità dell'erogazione di tutte le cure infermieristiche richieste da un gruppo di pazienti per tutta la durata dell'ospedalizzazione

## Caratteristiche

- Un infermiere si occupa di un piccolo numero di assistiti per alcuni dei quali (di solito due-tre) funge da infermiere primario

# Assistenza primaria ( primary nursing):

## Punti di forza

- Assistenza centrata sull'assistito
- Garantisce autonomia e responsabilità agli infermieri
- Il sistema può essere applicato sia in ambito ospedaliero che domiciliare

## Punti di debolezza

- Costo in termini di dotazione di risorse professionali
- Richiede un alto livello formativo
- Può dare origine a difficoltà comunicative fra gli infermieri primari e i colleghi

# Assistenza modulare (per settori)

**Caratteristiche:** Combina alcuni aspetti del team Nursing e del primary nursing. Viene attuato quando non vi sono inferm. Per il Primary nursing.

- Assegnazione dei pazienti a due o più settori in base a criteri:
  - ✓ Topografici
  - ✓ Nosologici
  - ✓ Grado di dipendenza
- Gli infermieri e il personale di supporto sono assegnati in maniera stabile allo stesso settore garantendo la continuità delle cure

# Assistenza modulare (per settori)

## Punti di forza

- Favorisce autonomia e indipendenza
- Realizza una maggior soddisfazione dei pazienti
- Distribuisce la responsabilità delle cure
- Favorisce la continuità, la personalizzazione e la globalità delle cure

## Punti di debolezza

- Richiede un alto livello formativo
- Richiede alti costi

# Gestione del caso (Case Management)

Sistema di erogazione di prestazioni sanitarie avente l'obiettivo di garantire un'assistenza di qualità elevata, ridurre la frammentazione delle cure, migliorare la qualità della vita degli assistiti e contenere i costi

## Caratteristiche

- un infermiere assume il coordinamento degli interventi sanitari richiesti da un gruppo di pazienti durante tutto il processo cura in una varietà di setting

# Gestione del caso (Case Management)

## Punti di forza

- Facilita l'esercizio delle professionalità coinvolte nel percorso assistenziale
- Monitorizza lo svolgimento delle attività in riferimento al raggiungimento dei risultati e l'uso delle risorse
- Garantisce la qualità e l'efficacia degli interventi
- Favorisce la continuità, la personalizzazione e la globalità delle cure

## Punti di debolezza

- Richiede un alto livello formativo/competenza
- Richiede un'elevata cultura manageriale
- Necessita di maggiori risorse
- Crea possibili conflittualità fra infermieri e medici

# Assistenza per cellule o per aree

*Nata recentemente e legata al concetto di **LEAN Organization** ed all'ospedale per intensità di cura. E' la soluzione dei problemi del paziente all'interno di un'unica cellula o comunque con il minimo spostamento*

## ***Caratteristiche***

Le Cellule sono Unità produttive, si differenziano dai normali reparti, perché non sono suddivise per specialità clinica ma sono disegnate per accogliere un alto numero di pazienti con caratteristiche e bisogni simili es. degenza inf a 5 giorni indipendentemente dalla specialità.

Il coordinatore monitorizza il flusso dei pazienti ed il carico assistenziale per distribuire le risorse.

Si avvale del del supporto tecnico di un Bed Manager ovvero un operatore (ingegnere gestionale) che monitorizza per tutto il presidio i tempi di erogazione del servizio

# Assistenza per cellule o per aree

## Punti di forza

- Assistenza personalizzata
- Alto grado di efficienza
- Aumento delle competenze del personale
- Valorizzazione del personale infermieristico
- Diminuzione delle scorte magazzino

## Punti di debolezza

- Resistenze di fronte a radicali trasformazioni
- Aumento delle competenze
- Modifiche strutturali nel layout degli ospedali
- Efficace sistema di monitoraggio

# Bed management

E' **funzione** che ha lo scopo di :

- Assicurare il corretto setting di cure e assistenza
- Centralizzare il controllo della risorsa posti letto
- Sviluppare strategie per migliorare ed aumentare la capacità aziendale

# Bed manager

Il Bed Manager è la **figura** interna all'assetto organizzativo degli ospedali nata per garantire l'appropriatezza dei ricoveri, tra il problema del sovraffollamento dei Pronto soccorso e quello della diminuzione dei posti letto nelle unità operative. Si tratta di un ruolo ad appannaggio non esclusivamente infermieristico (ingegnere gestionale), ma è evidente come l'infermiere sia il professionista sanitario che maggiormente racchiude ed amalgama nel proprio bagaglio di competenze le caratteristiche necessarie all'assolvimento di questa importante funzione.

# Bed manager

Il Bed Manager è la **figura** interna all'assetto organizzativo degli ospedali nata per garantire l'appropriatezza dei ricoveri, tra il problema del sovraffollamento dei Pronto soccorso e quello della diminuzione dei posti letto nelle unità operative. Si tratta di un ruolo ad appannaggio non esclusivamente infermieristico (ingegnere gestionale), ma è evidente come l'infermiere sia il professionista sanitario che maggiormente racchiude ed amalgama nel proprio bagaglio di competenze le caratteristiche necessarie all'assolvimento di questa importante funzione.

# Bed manager

**Supervisore- gestore dei posti letto**

Si occupa della fluidità del percorso dell'assistito

Individua setting assistenziali appropriati per sicurezza, comfort, risorse disponibili, contenimento dei costi e velocizzazione delle cure.

**Non entra nel merito di cure**

## **LIMITI DEL MODELLO<sup>1</sup>**

Legato ad organizzazione

Legato all'orario in servizio del bed manager

Problema dei "letti nascosti"

Problemi di coordinazione attività del bed manager e attività di unità operativa

<sup>1</sup> 26  
Audit Commission, Bed management Review of national findings. Audit Commission, NHS 2003

# Chronic Care Model

Elaborato dal Prof. Ed. **Wagner**, direttore del Mac-Coll Institute for Healthcare Innovation, è stato originalmente sperimentato presso una HMO di Seattle, la Group Health Cooperative, ed è frutto di una revisione della letteratura e delle evidenze scientifiche effettuata da un panel di esperti.

Questo sistema riguarda il territorio ed il domicilio e le malattie croniche.

# Chronic Care Model

Si basa su 6 elementi, coorelati fra loro:

**1. Le risorse della comunità.** Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.

**2. Le organizzazioni sanitarie.** Una nuova gestione delle malattie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria. Se ciò non avviene difficilmente saranno introdotte innovazioni nei processi assistenziali e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità dell'assistentz

# Chronic Care Model

**3. Il supporto all'auto-cura.** Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. Il paziente vive con la sua malattia per molti anni; la gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento di questa gestione - la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo, etc.), l'uso dei farmaci - può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi.

**4. L'organizzazione del team.** La struttura del team assistenziale (medici di famiglia, infermieri, educatori) deve essere profondamente modificata, introducendo una chiara divisione del lavoro e separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici.

# Chronic Care Model

**5. Il supporto alle decisioni.** L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza forniscono al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici. Le linee-guida sono rinforzate da un'attività di sessioni di aggiornamento per tutti i componenti del team.

**6. I sistemi informativi.** I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni:

- come **sistema di allerta** che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida;
- come feedback** per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come i livelli di emoglobina A1c e di lipidi;
- come **registri di patologia** per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "population-based". I registri di patologia - una delle caratteristiche centrali del chronic care model - sono liste di tutti i pazienti con una determinata condizione cronica in carico a un team di cure primarie

# Chronic Care Model

Questo modello ha come obiettivo finale **un paziente informato ed in grado di autogestirsi**, che interagisce con un team multiprofessionale preparato e proattivo, con prevedibili vantaggi di efficienza (economicità), ed efficacia (più salute per tutti) ed appropriatezza degli interventi.

Alla base del modello c'è la stratificazione del rischio (population-based), da cui emergono i differenti bisogni, quindi l'esigenza di differenti livelli di intensità di assistenza.

# Paradigma dell'attesa

## paradigma dell'*attesa*

Ciò significa che il "sistema" si mobilita davvero solo quando il paziente cronico si aggrava, si scompensa, diventa "finalmente" un paziente acuto.

- L'*attesa* è il paradigma classico del *modello bio-medico* di sanità
-

# Paradigma dell'iniziativa

- Il **paradigma dell'*iniziativa*** è quello che meglio si adatta alla gestione delle malattie croniche, perchè i suoi attributi sono:
    - a) La valutazione dei bisogni della comunità e l'attenzione ai determinanti della salute (anche quelli cosiddetti "distali", ovvero quelli socio-economici, che sono alla base delle crescenti diseguaglianze nella salute, anche sul versante dell'utilizzazione e qualità dei servizi, nei portatori di malattie croniche);  
La propensione agli interventi di prevenzione, all'utilizzo di sistemi informativi e alla costruzione di database, alle attività programmate e agli interventi proattivi (es: costruzione di registri di patologia, stratificazione del rischio, richiamo programmato dei pazienti, etc);
    - c) Il coinvolgimento e la motivazione degli utenti, l'attività di counselling individuale e di gruppo, l'interazione con le risorse della comunità (associazioni di volontariato, gruppi di autoaiuto, etc.).
-

# Population management

More than care and case management

## Deciding the right approach

It is important to have the information and knowledge to be able to carry out a risk-stratification on local populations to identify those who are most at-risk.

### Level 3

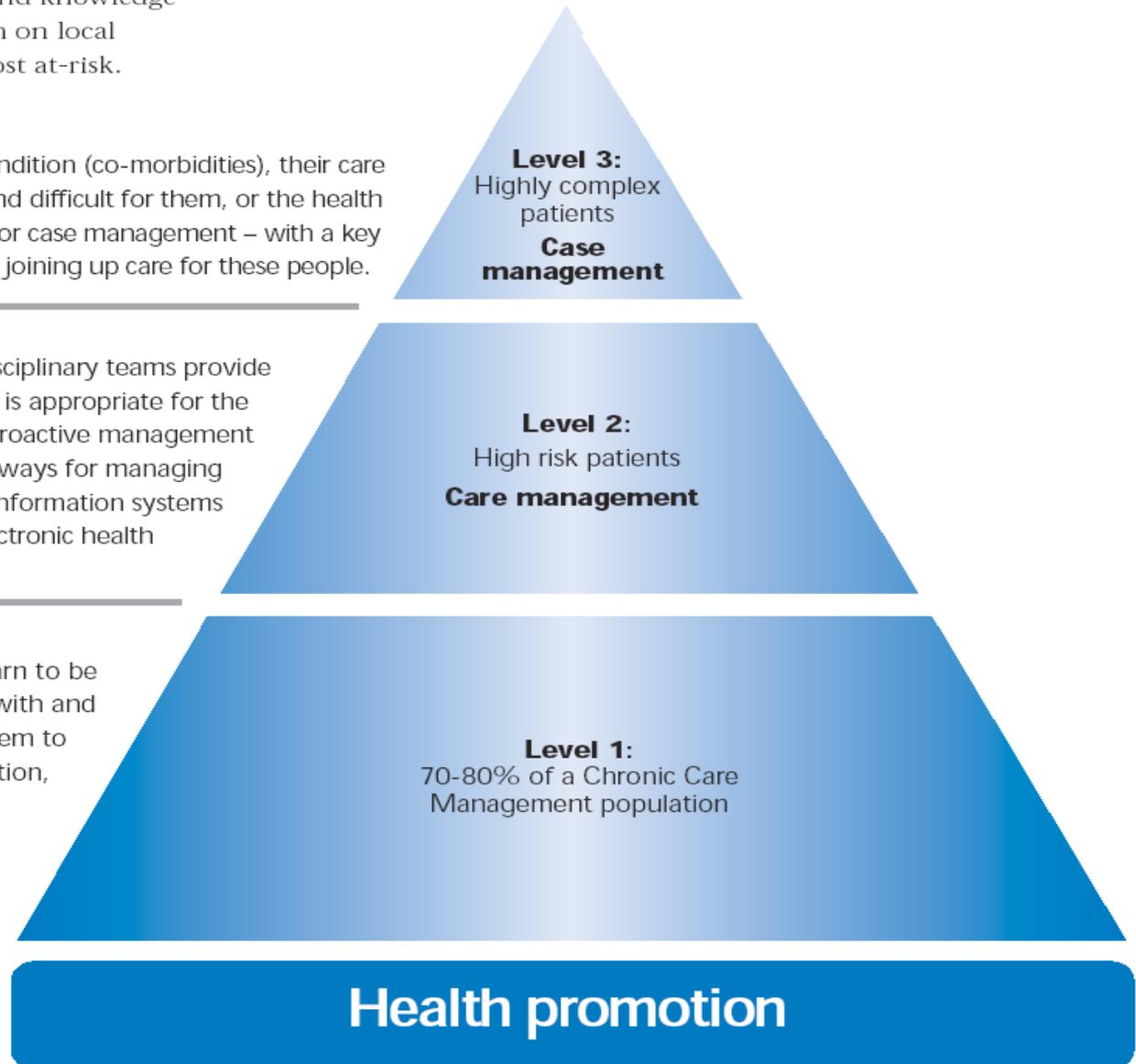
As people develop more than one chronic condition (co-morbidities), their care becomes disproportionately more complex and difficult for them, or the health and social care system, to manage. This calls for case management – with a key worker (often a nurse) actively managing and joining up care for these people.

### Level 2

Disease/care management, in which multidisciplinary teams provide high quality evidence based care to patients, is appropriate for the majority of people at this level. This means proactive management of care, following agreed protocols and pathways for managing specific diseases. It is underpinned by good information systems – patient registries, care planning, shared electronic health records.

### Level 1

With the right support many people can learn to be active participants in their own care, living with and managing their conditions. This can help them to prevent complications, slow down deterioration, and avoid getting further conditions. The majority of people with chronic conditions fall into this category – so even small improvements can have a huge impact.



# Con il Chronic Care Model si interviene dalla base con leve non sanitarie



# Conclusioni

Gli infermieri dirigenti con tutto il personale e coordinatori hanno il compito di :

- Analizzare i sistemi vigenti e confrontarli
  - Promuovere i sistemi più adeguati in rapporto alle risorse disponibili
  - Tendere all'adozione di sistemi più avanzati perché ritenuti in grado di soddisfare le esigenze delle persone assistite e di gratificare gli operatori che aspirano ad un lavoro di qualità
  - Di non adottare un modello in maniera rigida
- E' la finalità che deve guidare la scelta organizzativa e non viceversa.

# Approfondimenti

- Carlo Calamandrei "Manuale di management per le professioni sanitarie" Mcgraw -Hill 4 Ediz. 2015
- Chiari P., Santullo A., "L'infermiere case manager" Mcgraw -Hill 2011;
- Santullo A., "L'infermiere e l'innovazione in sanità" McGraw -Hill