

# *I Modelli tradizionali di organizzazione dell'assistenza*

## *Cosa ci hanno insegnato ?*

Mary E. Tiedeman, PhD, RN

Sandra Lookinland, PhD, RN

I modelli organizzativi per l'assistenza più conosciuti sono: la presa in carico totale del paziente, l'assistenza per compiti, l'assistenza per piccole equipe e l'assistenza "personalizzata". Questi modelli si differenziano nel modo di prendere le decisioni, nell'assegnazione dei compiti, negli strumenti informativi e nella gestione. Alla base della scelta del modello vi sono forze sociali ed economiche diverse. Gli studi che sono stati condotti sui modelli riguardo la qualità dell'assistenza, i costi e la soddisfazione, forniscono poca evidenza su quale sia il modello di assistenza più efficace in una determinata situazione. Nonostante l'assenza di evidenze, continuano ad essere implementati modelli più recenti. Questo articolo paragona i vantaggi e gli svantaggi dei modelli, critica gli studi esistenti e fornisce delle raccomandazioni sugli elementi chiave necessari nel decidere in modo informato quale dei modelli organizzativi scegliere.

I sistemi di assistenza infermieristica riflettono valori sociali, ideologie di gestione e considerazioni economiche.<sup>1</sup> I fattori storico-culturali americani che hanno influenzato l'evoluzione dei modelli organizzativi per l'assistenza negli Stati Uniti sono stati: i problemi economici degli anni '30 (la grande depressione), i problemi politici degli anni '40 e '50 (seconda guerra mondiale e periodo post bellico), i movimenti sociali (ondata di movimenti umanisti alla fine degli anni '60 e nei primi anni '70) e le scelte economiche riguardo la spesa sanitaria dagli anni '70 ad oggi (gruppi di auto aiuto, organizzazioni per la salvaguardia della salute e l'assistenza sanitaria gestita: un modello di rimborso e controllo dei costi).<sup>2</sup> Questo articolo focalizza la sua attenzione sui risultati (qualità, costi e soddisfazione) ottenuti con i modelli assistenziali più tradizionali, da un punto di vista storico.

## **Modello della presa in carico totale del paziente** **(Total Patient Care)**

### **Descrizione del modello**

La presa in carico totale del paziente è stato il modello di assistenza più importante fino agli anni '30<sup>3</sup> ed è ricomparso negli anni '80. Questo tipo di assistenza prevede che un'infermiere si assuma la completa responsabilità per un gruppo di pazienti con un rapporto operatore / paziente di 1 a 1, prendendo in carico totale i pazienti durante il suo turno.<sup>3,4</sup> L'assistenza che viene fornita è un'assistenza diretta, nella quale è l'infermiere a decidere se orientarla al paziente o se agire per compiti.<sup>5</sup>

È responsabilità dell'infermiere in carico di assicurare la continuità dell'assistenza, di dare tutti gli incarichi necessari e di prendere/dare tutte le consegne<sup>3,5</sup> (tabella 1). Lo svantaggio, però, è che non c'è *una* persona responsabile del coordinamento dell'assistenza fornita nell'arco delle 24 ore o durante tutto il periodo di degenza.<sup>6</sup>

### **Motivazione**

Il modello di presa in carico totale del paziente è il modello assistenziale più vecchio.<sup>6</sup> Florence Nightingale sosteneva che l'assistenza infermieristica totale dei pazienti, incluso il loro benessere spirituale e la gestione dell'ambiente, era nelle mani dell'infermiere. Dai suoi scritti si può assumere che veniva usato un metodo di assegnamento di casi (assegnare dei pazienti invece che dei compiti).<sup>7</sup>

Negli anni '20, le infermiere diplomate lavoravano principalmente come infermiere private a domicilio e in ospedale, prendendo totalmente in carico il paziente. Nei primi anni '30, la Grande Depressione ha portato ad una diminuzione dell'infermieristica privata. Le infermiere diplomate ritornarono negli ospedali, dove assieme agli studenti più anziani, facevano parte dello staff in cambio di vitto e alloggio. Dato che sia le infermiere diplomate, sia gli studenti più anziani potevano, da un punto di vista tecnico,

eseguire tutta l'assistenza necessaria al paziente, si continuò ad assegnare i pazienti in base ai casi.

## **Indicatori di validità**

### *Qualità dell'assistenza*

La qualità dell'assistenza è alta perché tutte le attività vengono svolte da un'infermiera professionale, che può dedicare tutta la sua attenzione al paziente. È fondamentale, però, che le capacità e le conoscenze dell'infermiera corrispondano alla complessità dei bisogni del paziente. La continuità dell'assistenza viene garantita per un turno, ma non per tutta la durata della degenza.<sup>4</sup> La qualità associata a questo modello è maggiore rispetto al modello di assistenza per piccole equipe e/o il modello dell'assistenza per compiti,<sup>9-11</sup> ma non è così alta come nel modello dell'assistenza "personalizzata".<sup>10</sup>

### *Costi*

La presa in carico totale in un contesto di tagli alle spese pubbliche può non essere economicamente sostenibile dato l'alto numero di infermiere necessarie a fornire questo tipo di assistenza. Uno studio precedente ha scoperto che la presa in carico totale del paziente è meno cara del modello di assistenza "personalizzata", ma che è più costoso del modello di assistenza per piccole equipe.<sup>12</sup>

La presa in carico totale, però, è un modello di assistenza efficiente perché (1) diminuisce il tempo impiegato per la comunicazione tra i diversi membri dello staff, (2) riduce la necessità di supervisione per assicurare il completamento del lavoro e (3) permette di assolvere a più di un compito contemporaneamente.<sup>9</sup>

### *Soddisfazione dei pazienti e degli infermieri*

Il grado di soddisfazione dei pazienti con il modello di presa in carico totale è maggiore rispetto al modello di assistenza per compiti, se la continuità dell'assistenza e della comunicazione tra gli infermieri vengono mantenute.<sup>4,5</sup> D'altro lato, però, altri studi non hanno trovato delle differenze significative riguardo la soddisfazione dei pazienti nei diversi modelli organizzativi assistenziali di presa in carico totale, di piccole equipe e di assistenza "personalizzata".<sup>12</sup>

Alcuni infermieri preferiscono questo modello di presa in carico totale perché gli permette di concentrarsi sui bisogni del paziente, senza doversi preoccupare di supervisionare il lavoro di altri. Ad altri infermieri il modello non piace perché hanno la sensazione che le loro competenze e il loro tempo vengano sprecati in attività di assistenza al paziente che potrebbero essere svolte da altre figure con minori capacità e una

minore preparazione.<sup>4</sup>

Gli infermieri tendono ad essere più soddisfatti con questo modello rispetto al modello per compiti perché hanno la possibilità di agire secondo la loro preparazione professionale.<sup>5</sup> La ricerca di evidenze empiriche, però, riguardo la soddisfazione, non ha portato a differenze tra la presa in carico totale, l'equipe, o il modello di assistenza "personalizzata". Inoltre, non sono state trovate differenze riguardo l'assenteismo, i ritardi o la percentuale di turnover tra i 3 modelli di organizzazione assistenziale.<sup>11</sup> A quanto pare i medici preferiscono questo modello perché devono trovare e comunicare solo con un infermiere.

## **Modello dell'assistenza per compiti (Functional Care)**

### **Descrizione del modello**

Il modello di assistenza per compiti è nato negli anni '40. Questo modello suddivide il lavoro in compiti. A seconda della sua complessità, che viene valutata in base alla necessità di dover esprimere dei giudizi e alle conoscenze tecniche richieste, la mansione viene assegnata al personale infermieristico o al personale ausiliario. Questo modello impiega molto bene tutti i diversi livelli di competenze. Gli operatori con minori competenze vengono assegnati ai lavori più routinari e gli infermieri professionali adempiono ai bisogni più complessi. In questo modo un membro dello staff infermieristico assolve da 1 a 2 compiti per ogni paziente durante un turno.<sup>1,3-5,13</sup> L'assistenza per compiti è caratterizzata dalla forte presenza di regole, regolamentazioni e rituali. Le procedure e i protocolli devono essere scrupolosamente seguiti.<sup>3,5,9,13</sup> Le priorità sono rivolte all'adempimento degli ordini dei medici e alle procedure necessarie per portarli a termine. L'approccio assistenziale è simile a quello della catena di montaggio. Fare affidamento alle regole, alle regolamentazioni e alle linee di condotta è controproducente per il processo decisionale degli infermieri ed ostacola lo sviluppo professionale.<sup>4,13</sup> Ai bisogni psicosociali e spirituali del paziente viene dedicato poco tempo.<sup>5,13</sup>

La funzione direttiva è rivolta all'organizzazione/supervisione e ha lo scopo di assicurare che tutti i compiti vengano assolti. Solo chi ha funzioni direttive ha una visione generale di tutti i pazienti del reparto. Il coordinamento dell'assistenza è di sola competenza dell'infermiere con funzioni direttive e i compiti vengono assegnati seguendo la scala gerarchica. La capo sala (che ha funzioni direttive) assegna i compiti e riceve/da tutte le consegne.<sup>7</sup>

	Presa in carico totale	Per compiti	Per piccole équipes	Personalizzata
<b>Su cosa si concentra</b>	Sulla presa in carico personale del paziente	Sui compiti assegnati al singolo infermiere	Sui compiti assegnati al gruppo	Sulla presa in carico personale del paziente
<b>Chi prende le decisioni cliniche</b>	L'infermiere al letto del paziente. La caposala prende alcune decisioni	La caposala prende la maggior parte delle decisioni	Il team leader prende la maggior parte delle decisioni	L'infermiere responsabile.
<b>Come è diviso il lavoro</b>	Per assegnazione di pazienti	Per assegnazione di compiti	Per assegnazione di compiti	Per assegnazione di pazienti
<b>Tipo di comunicazione</b>	Gerarchica: La caposala dà e riceve tutte le consegne	Gerarchica: La caposala dà e riceve tutte le consegne	Gerarchica: La caposala dà le consegne al team leader ed il team leader le dà al team	Laterale: L'infermiere dà le consegne ad un altro infermiere
<b>Tipo di documentazione</b>	Sconosciuta	Libro delle consegne (=assegnazione di compiti)	Consegne e piani d'assistenza standardizzati	Piani assistenziali individualizzati
<b>Impatto</b>	Può mancare la continuità di cura nel passaggio da un infermiere ad un altro	Assistenza frammentata. Può mancare visione d'insieme del paziente	Assistenza frammentata. Può mancare visione d'insieme del paziente	Continuità delle cure
<b>Qualità</b>	Alta - l'infermiere si occupa di tutto	Possono verificarsi omissioni o dimenticanze	Possono verificarsi omissioni o dimenticanze	Modello orientato al processo

Tabella 1

## Motivazioni

Questo modello è stato introdotto durante la seconda guerra mondiale, quando gli infermieri erano richiesti al fronte. Gli infermieri rimasti in patria non erano in grado di far fronte alla domanda di assistenza.<sup>1,4</sup> Il modello di assistenza per compiti venne quindi introdotto per sopperire alla mancanza di infermieri professionali e in risposta all'ingrandimento dei sistemi ospedalieri e alle pressioni economiche di quei tempi.<sup>3</sup>

L'assistenza infermieristica per compiti è una discendente diretta delle idee sulla produzione industriale di massa riguardo l'assegnazione del lavoro, dove la specializzazione in un compito e l'approccio della linea di montaggio si sono rivelati efficaci.<sup>???</sup> Si è ritenuto che il metodo della linea di lavorazione fosse adatto per un sistema sanitario con degenze brevi e un'assistenza complessa.<sup>7</sup> Questo modello è stato quello più usato negli Stati Uniti durante gli anni '50 e i primi anni '60.<sup>13</sup>

## Indicatori di validità

### Qualità dell'assistenza

La qualità dell'assistenza è stata criticata nel modello per compiti, perchè il paziente non veniva riconosciuto nella sua unicità. Il metodo usato per l'assegnazione dei compiti ha contribuito ad una frammentazione dell'assistenza e i bisogni dei pazienti, che non rientravano in nessuno dei compiti specifici assegnati, venivano ignorati (secondo il concetto: "non è compito mio").

L'approccio della catena di montaggio per l'assistenza lasciava poco spazio ai bisogni psicosociali e spirituali. Gli errori e le omissioni aumentarono.<sup>4-6,13,14</sup> La qualità dell'assistenza del modello per compiti è inferiore rispetto a quella del modello della presa in carico totale e/o di assistenza "personalizzata".<sup>9,15</sup>

## Costi

Il modello per compiti viene ritenuto un modello efficiente perché può essere implementato con il minor numero di operatori: richiede meno infermieri professionali e altro personale non specializzato rispetto agli altri modelli.<sup>13</sup> In caso di catastrofi o emergenze è il modello organizzativo assistenziale più efficace da usare.<sup>4,13</sup> Dato che la suddivisione del lavoro è ben delineata, risulta essere efficiente anche dal punto di vista burocratico.<sup>4</sup> Anche se teoricamente efficiente, diversi studi hanno scoperto che, il modello per compiti è più caro del modello di assistenza "personalizzata".<sup>14,16</sup>

## Soddisfazione dei pazienti e degli infermieri

In generale, pazienti e operatori (gruppo infermieristico e medici) sono critici nei confronti del modello di assistenza per compiti. Soprattutto preoccupa la frammentazione dell'assistenza e l'incapacità di trovare qualcuno che accetta di prendersi tutta la responsabilità nei confronti di un paziente. I pazienti si lamentano del continuo via vai di persone che entrano nella stanza, per assolvere a singoli compiti e del fatto che, nessuno degli operatori ha mai tempo di fermarsi per parlare dei loro problemi.<sup>4</sup> I lavoratori sviluppano una particolare abilità ed esperienza per il compito specifico assegnatoli, diventando molto efficienti e questo, inizialmente, aumenta la produttività complessiva. Ma, alla lunga, la ripetitività del lavoro può portare a noia e frustrazione.<sup>13</sup> Generalmente, gli infermieri, che desiderano un rapporto più profondo con i pazienti, con questo modello riferiscono un basso grado di soddisfazione. Oltre al fatto che, con il modello per compiti, il grado di soddisfazione degli infermieri e dei pazienti è basso,<sup>4</sup> gli

infermieri sono più stressati, rispetto al modello dell'assistenza "personalizzata", e lo svolgimento del lavoro è meno coinvolgente ed innovativo.<sup>3,7</sup>

## **Modello dell'assistenza per piccole equipe** **(Team Nursing Care)**

### **Descrizione del modello**

Il modello di assistenza per piccole equipe è nato negli anni '50. Si basa sul concetto che un piccolo gruppo di infermieri, che lavora assieme sotto la guida di un leader, può dare un'assistenza migliore rispetto agli stessi infermieri che lavorano individualmente.<sup>5,18</sup> Il modello si avvale di un gruppo eterogeneo di operatori sanitari con diversi gradi e tipi di formazione, competenze ed abilità come infermieri professionali, personale tecnico ed ausiliario. L'obiettivo è quello di lavorare collaborando, cooperando e condividendo la responsabilità in generale e, per quanto possibile, la responsabilità sulle varie fasi dell'assistenza al paziente come l'accertamento, la pianificazione, gli interventi e la valutazione dei risultati.<sup>1,5,13,18-21</sup>

Il modello per piccole equipe è tradizionale e gerarchico. I membri del team sono responsabili del gruppo di pazienti assegnato e sottostanno alle decisioni dell'infermiere professionale, che è il capo equipe. L'assistenza viene assegnata ad operatori con diversi livelli di competenze a seconda della complessità dei bisogni del paziente e dell'assistenza richiesta.<sup>22</sup> Il capo equipe supervisiona/osserva e valuta i membri del gruppo e l'assistenza fornita. Se necessario, l'infermiere professionale fornisce assistenza complessa e diretta, ma raramente si occupa di altri tipi di assistenza "manuale". Affinché questo modello sia efficace, il capo equipe deve avere una formazione adeguata e l'esperienza necessaria per essere un leader forte e garantire una chiara comunicazione.<sup>1,3,5,13,18,20</sup>

Anche la comunicazione è gerarchica: le consegne vengono date/ricevute dall'infermiere incaricato all'infermiere incaricato, dall'infermiere incaricato al capo equipe e dal capo equipe ai membri dell'equipe.<sup>3</sup> La responsabilità per l'assistenza riguarda solo il turno assegnato.<sup>19</sup> Questo modello da alcuni viene visto come decentralizzato perché il processo decisionale, l'autorità e la responsabilità dell'assistenza alla fine riguardano solo il capo equipe.<sup>1,4,5,13</sup> Il modello può anche essere considerato centralizzato poiché il capo equipe, per quanto riguarda il processo decisionale, è in qualche modo dipendente dall'infermiere incaricato.<sup>3</sup>

Il modello per piccole equipe lascia spazio all'interpretazione. Il periodo di tempo di assegnazione di un paziente ad un'equipe può essere della durata di un turno o di tutta la sua permanenza in ospedale. L'attuazione può variare dall'assegnazione di compiti, all'assistenza quasi "personalizzata",<sup>3,16</sup> ed è il capo equipe che decide se orientare l'assistenza verso compiti o verso il paziente.<sup>3</sup>

### **Motivazioni**

Durante la seconda guerra mondiale, il sistema sanitario assorbì un grande numero di operatori sanitari con diverse competenze (personale di supporto) per sopperire alla grave mancanza di infermieri. Dopo la guerra, il personale di supporto era necessario, perché gli infermieri professionali continuavano a mancare e perché gli sviluppi tecnologici e la complessità dell'assistenza medica aumentavano. Inoltre, il personale di supporto era una fonte economica di lavoro.<sup>6,13,18,20,21,23</sup>

Il modello per compiti è rimasto quello più usato negli anni '50 e nei primi anni '60, ma cresceva la consapevolezza dei problemi associati a questo tipo di modello organizzativo assistenziale. L'assistenza per piccole equipe è stata introdotta negli anni '50 come modo per risolvere questi problemi.<sup>20</sup> La filosofia dell'assistenza per piccole equipe era di venire incontro a tutti i bisogni dei pazienti usando, al contempo, le risorse infermieristiche in modo efficiente.<sup>20</sup> Il modello si sviluppò per fare fronte alle sempre maggiori richieste di prestazioni infermieristiche, mentre si riconosceva sempre più il cambiamento del ruolo dell'infermiere professionale in relazione all'aumento del numero del personale infermieristico non professionale (di supporto).<sup>24</sup> Il modello per piccole equipe ha permesso l'impiego del personale ausiliario, come personale tecnico e aiutoinfermieri, per mezzo della delegazione e la supervisione da parte di un infermiere professionale.<sup>7,13</sup>, mentre il capo equipe è il responsabile.<sup>23</sup> I vantaggi dell'approccio con piccole equipe inclusero la continuità dell'assistenza e una migliore interazione tra gli infermieri e i pazienti.<sup>21,25</sup>

Gli anni '60, hanno visto la nascita e la progressiva influenza di valori umanisti. La filosofia umanista prende in considerazione tutta la persona e riconosce l'unicità degli esseri umani e la loro capacità di autodeterminazione. I sistemi di assistenza completa del paziente e i valori umanisti sono stati i fattori che hanno influenzato il cambiamento dal modello per compiti a quello per piccole equipe. L'approccio per piccole equipe ha permesso ai pazienti di dover interagire con un minor numero di operatori

sanitari.<sup>3</sup>

## **Indicatori di validità**

### *Qualità dell'assistenza*

La qualità dell'assistenza è maggiore con il modello per piccole equipe perchè l'infermiere ha ed è responsabile di un minor numero di pazienti. L'infermiere conosce meglio il paziente e può assegnare dei compiti che meglio corrispondono ai bisogni del paziente e alle abilità e competenze dello staff e dare maggiori indicazioni, coordinare e supervisionare.<sup>4</sup> Le risposte ai bisogni dei pazienti sono coordinate e la continuità dell'assistenza migliora in relazione alla durata della permanenza di ogni membro nell'equipe. L'assistenza, però, può risultare frammentata e il modello non è efficace quando manca il personale.<sup>6,13,19</sup> Il tempo impiegato per la comunicazione tra i membri dell'equipe può ridurre il tempo di lavoro produttivo.<sup>4</sup> Inoltre, lo staff più qualificato deve supervisionare gli operatori con meno competenze, invece di fornire l'assistenza direttamente,<sup>2</sup> gli operatori "bravi" vengono segregati ad un gruppo di pazienti con bisogni complessi.<sup>4</sup>

Diversi studi hanno scoperto che non vi è differenza tra la qualità dell'assistenza del modello per piccole equipe e del modello di assistenza "personalizzata",<sup>22,26,29</sup> mentre altri hanno scoperto che la qualità dell'assistenza del modello di piccole equipe era minore rispetto a quello dell'assistenza "personalizzata"<sup>9,11,15,30,31</sup> o della presa in carico totale.<sup>10</sup> Le omissioni erano maggiori con il gruppo in piccole equipe.<sup>24</sup> La qualità dell'assistenza, però, migliorava quando i pazienti venivano assegnati sempre alla stessa equipe.<sup>32,33</sup>

I risultati degli studi che prendono in considerazione il tempo passato con i pazienti come parametro, sono divergenti: alcuni studi affermano che nel modello per piccole equipe, gli infermieri passano più tempo nell'assistenza diretta,<sup>34</sup> altri affermano che passano minore tempo nell'assistenza diretta con il modello in piccola equipe<sup>10</sup> e altri ancora che non vi è differenza tra il modello in questione e quello di assistenza "personalizzata".<sup>35</sup>

### *Costi*

Il modello per piccole equipe viene visto come uno dei modelli organizzativi dell'assistenza più costosi perché richiede più personale.<sup>7</sup> E' un modello meno efficiente perché il tempo impiegato nel coordinamento, la delegazione e la supervisione porta ad una riduzione del tempo dedicato al lavoro produttivo (ad esempio il coordinamento del lavoro richiede molto tempo).<sup>4</sup> Gli studi che hanno analizzato i costi del modello

per piccole equipe riportano risultati discordanti. Alcuni studi hanno scoperto che l'assistenza per piccole equipe era meno costosa rispetto all'assistenza "personalizzata" e/o della presa in carico totale.<sup>12,21,34</sup> Altri non riportano differenze riguardo ai costi tra l'assistenza per piccole equipe e l'assistenza "personalizzata".<sup>22,26,36</sup> o riportano che l'assistenza per piccole equipe è più costosa che l'assistenza "personalizzata".<sup>15,16,30,36</sup> I modelli dell'assistenza "personalizzata" o per piccole equipe sono ritenuti quelli più efficienti da un punto di vista dei costi, in relazione al gruppo diagnostico di pazienti preso in considerazione.<sup>35</sup>

### *Soddisfazione dei pazienti e degli infermieri*

La soddisfazione dei pazienti è maggiore con l'assistenza per piccole equipe che con l'assistenza per compiti.<sup>4</sup> Ancora una volta i risultati sulla soddisfazione dei pazienti sono discordanti. I risultati vanno da nessuna differenza tra i due modelli<sup>11,36,37</sup> a una maggiore soddisfazione con il modello per piccole equipe che con l'assistenza "personalizzata".<sup>34</sup>

Teoricamente, quando gli infermieri vengono assegnati agli stessi pazienti, si sentono più responsabili e provano più soddisfazione perché sviluppano una relazione infermiere-paziente più stretta.<sup>4</sup> Gli studi, però, non hanno riportato delle differenze tra il grado di soddisfazione o lo stato d'animo tra il modello per piccole equipe e il modello dell'assistenza "personalizzata".<sup>11,26</sup> per quanto riguarda questo aspetto. Invece, la soddisfazione nel lavoro risulta essere inferiore per gli infermieri che lavorano seguendo il modello per piccole equipe.<sup>10,31,36</sup>

Non sono state riscontrate differenze riguardo all'assenteismo, i ritardi o il turnover di personale tra i modelli di piccole equipe e di assistenza "personalizzata",<sup>26</sup> ma sono state osservate percentuali di permanenza al lavoro più basse con il modello per piccole equipe.<sup>35</sup> Gli infermieri si sentivano più stressati e meno coinvolti e impegnati con il modello per piccole equipe.<sup>14</sup>

## **Modello dell'assistenza "personalizzata" (Primary Nursing)**

### **Descrizione del modello**

Nato negli anni '60, il modello di assistenza "personalizzata", si basa su una relazione infermiere-paziente incentrata sul paziente e con un rapporto infermieri/ paziente di 1 a 1, che promuove la continuità assistenziale.<sup>3,5</sup> In base ai bisogni del paziente e alle competenze

dell'infermiere, ogni paziente viene assegnato ad uno specifico infermiere primario. L'infermiere primario si assume la responsabilità ed è responsabile nelle 24 ore del paziente assegnatoli per la durata della degenza ed ha la responsabilità e l'autorità di fare l'accertamento, di pianificare, organizzare, attuare, coordinare e rivalutare l'assistenza in collaborazione con i pazienti e le loro famiglie. L'infermiere primario decide come fornire l'assistenza e la fornisce personalmente ogniqualvolta è possibile. Quando l'infermiere primario non è disponibile per l'assistenza, la responsabilità viene delegata ad un infermiere associato che prende in carico il paziente rispettando la pianificazione sviluppata dall'infermiere primario.<sup>2,3,5,7,8,13,21,27,38</sup>

Nel modello di assistenza "personalizzata", il processo decisionale è decentralizzato ed avviene al letto del paziente. Gli infermieri primari valutano e giudicano individualmente e sono responsabili delle loro decisioni e delle loro azioni.<sup>2,3,39</sup> La comunicazione in questo modello è orizzontale da operatore ad operatore ed include la comunicazione con altre discipline e con altri infermieri.<sup>3</sup>

Il modello di assistenza "personalizzata" è flessibile e può accogliere una grande varietà di gradi di operatori e discipline.<sup>2,39</sup> Anche se il modello non richiede che tutti gli operatori sanitari dello staff siano degli infermieri professionali, erroneamente si associa necessariamente questo tipo di competenza al modello.<sup>1,4</sup> Vi è discordanza nella letteratura riguardo l'appropriatezza dell'uso di personale tecnico come infermiere primario o infermiere associato.<sup>2,4,39</sup>

## Motivazioni

Con gli anni '60, nasce nei pazienti, nei medici e negli infermieri una insoddisfazione nei confronti dell'assistenza ospedaliera, che risulta frammentaria, spersonalizzata e discontinua, nonché priva di un contatto diretto con il paziente. Gli infermieri, inoltre, vogliono ricuperare la relazione con i pazienti che avevano una volta.<sup>23</sup> Il passo verso l'assistenza "personalizzata" è stato favorito dai nuovi valori umanisti, popolari negli anni '60 e '70, e dalla loro progressiva influenza.<sup>3</sup> Nel tempo, il modello dell'assistenza "personalizzata" è stato associato alla crescente importanza del processo assistenziale infermieristico. Esso permetteva un approccio più individuale e di problem-solving, l'applicazione di metodi scientifici al mondo dell'infermieristica e lo sviluppo della ricerca infermieristica.<sup>3,40</sup> Inoltre, negli anni '70 e nei primi anni '80, la popolazione dei pazienti è diventata sempre più complessa.<sup>1,13</sup> L'assistenza "personalizzata" era designata a ridare all'infermiere la possibilità di fornire

assistenza diretta ed era compatibile con un approccio individuale e di problem-solving anche per pazienti con bisogni complessi.<sup>5</sup>

## Indicatori di validità

### *Qualità dell'assistenza*

La qualità dell'assistenza migliorò molto perché l'infermiere primario poteva definire e risolvere i problemi del paziente, a beneficio del paziente stesso.<sup>4</sup> La continuità dell'assistenza è garantita in quanto gli infermieri, si assumono una maggiore responsabilità affinché, i loro pazienti completino le cure necessarie. La semplificazione degli strumenti di comunicazione ha contribuito alla continuità dell'assistenza.<sup>14,19</sup>

Alcuni studi riportano che, l'assistenza "personalizzata" ha una qualità dell'assistenza migliore rispetto ai modelli di assistenza per compiti, per piccole equipe o di presa in carico totale.<sup>9-11,15,30,31</sup> Altri studi non hanno rilevato delle differenze, tra l'assistenza "personalizzata" e l'assistenza per piccole equipe, nei confronti della qualità dell'assistenza o del benessere dei pazienti.<sup>21,22,26,27,29</sup>

Come anche per gli altri modelli, i risultati degli studi divergono. Per quanto riguarda il tempo trascorso dagli infermieri con i pazienti, alcuni studi riportano che, gli infermieri passano più tempo con il paziente durante l'assistenza diretta nel modello di assistenza "personalizzata" rispetto al modello per piccole equipe e al modello dell'assistenza per compiti;<sup>10,14</sup> mentre altri studi non riportano né una differenza della quantità di tempo,<sup>35</sup> nè riportano che viene passato meno tempo.<sup>34</sup>

### *Costi*

Il modello di assistenza "personalizzata" aumenta il numero di ore giornaliere dedicate all'assistenza e spesso richiede un maggiore numero di infermieri professionali.<sup>13</sup> Il modello non è efficiente se tutto lo staff è composto da soli infermieri professionali, ma può essere considerato valido dal punto di vista dei costi se non viene attuato con staff esclusivamente di IP.<sup>4</sup> I risultati della ricerca sui costi dell'assistenza "personalizzata" sono inconcludenti. Diversi studi riportano che l'assistenza "personalizzata" è più economica,<sup>15,16,30,35</sup> ma dipende dalla diagnosi del gruppo che è stato preso in considerazione.<sup>35</sup> I risultati di altri studi variano molto e indicano che non vi è nessuna differenza nei costi<sup>22,26,36</sup> tra l'assistenza "personalizzata" e quella di piccole equipe o che l'assistenza "personalizzata" è più cara sia dell'assistenza per piccole equipe, sia della presa in carico totale del paziente.<sup>12,21,34</sup>

### *Soddisfazione dei pazienti e degli infermieri*

Nonostante Ringl<sup>4</sup> sostenga che i pazienti preferiscono l'assistenza "personalizzata", i risultati degli studi che analizzano la soddisfazione dei pazienti sono inconcludenti. I pazienti hanno riportato che erano maggiormente soddisfatti con l'assistenza "personalizzata" rispetto all'assistenza per piccole equipe<sup>24</sup> e rispetto alla presa in carica totale.<sup>17</sup> Altri studi hanno trovato minore soddisfazione dei pazienti<sup>34</sup> o nessuna differenza nelle preferenze dei pazienti nei confronti di un'assistenza "personalizzata", di piccole equipe o di presa in carica totale.<sup>11,36,37</sup> I pazienti hanno percepito l'assistenza come più personalizzata nel modello di assistenza "personalizzata" rispetto ai modelli "tradizionali"<sup>41</sup> ed erano maggiormente soddisfatti se un singolo infermiere era assegnato alla sua assistenza.<sup>34</sup>

Quando gli infermieri erano preparati a svolgere il ruolo di infermiere primario, vivevano un alto grado di soddisfazione perché lavoravano ad un livello di autonomia professionale superiore. Alcuni infermieri con questo ruolo, però, si sono sentiti isolati.<sup>4</sup> Nonostante si sostenga che i vantaggi di questo modello sono la soddisfazione degli IP per il loro lavoro, l'entusiasmo dello staff e ad un minore tasso di turnover e di abbandono da parte di IP e personale di supporto,<sup>??</sup> diversi studi hanno trovato che non vi è differenza di assenteismo, ritardi, intenzione a rimanere o turnover di infermieri,<sup>22,41</sup> ma tassi più alti di permanenza in servizio.<sup>35</sup> Gli infermieri ritengono il lavoro con il modello di assistenza "personalizzata" meno stressante, più coinvolgente e innovativo.<sup>14</sup>

### **Conclusioni**

Anche se esiste una copiosa letteratura riguardo i modelli di organizzazione assistenziale, la maggior parte di questa è concettuale o descrittiva più che analitica o empirica.<sup>21</sup> La letteratura rivela delle differenze nella descrizione dei modelli e non vi è concordanza sui vantaggi e gli svantaggi dei modelli.

La ricerca valutativa, sistematica sui modelli di organizzazione assistenziale è assente e la maggior parte degli studi esistenti è poco attendibile.<sup>21,34,42</sup> Le variabili dipendenti e indipendenti non sono state chiaramente identificate o non sono identificabili e mancano le definizioni operative dei modelli di organizzazione assistenziale. Inoltre, gli strumenti usati dalla ricerca non si sono rivelati affidabili e validi.<sup>21,42-44</sup>

Ulteriori limitazioni della ricerca includono: rapporti aneddotici, numero di campione esiguo e scopo limitato, test significativi e tecniche correlate non rivelati, metodi e procedure per la collezione dei dati poco chiari, assenza del controllo di altre

variabili rilevanti. Inoltre, gli studi sono isolati e con insufficienti riferimenti alla ricerca precedente.<sup>42,44</sup>

Uno degli errori maggiori degli studi è stata la mancanza di somiglianza tra le varie popolazioni dello staff e dei pazienti nei reparti che sono stati paragonati o nell'assenza dei dati riguardo le caratteristiche degli infermieri, dei pazienti e dei medici dei reparti.<sup>35,43</sup> La qualità dell'assistenza e la soddisfazione degli infermieri e dei pazienti possono essere riferiti più a fattori come la formazione, la dedizione e la competenza dell'infermiere piuttosto che alla natura degli strumenti di supporto e la motivazione, l'atteggiamento e le qualità di leader dell'infermiere incaricato.<sup>21,26,29,34</sup> Dato che la maggior parte degli studi non aveva il rigore metodologico necessario, è impossibile trarre delle conclusioni riguardo l'impatto del modello organizzativo assistenziale sulla qualità dell'assistenza, i costi e la soddisfazione. E' necessario condurre della ricerca valida per determinare quali modelli organizzativi assistenziali sono più appropriati per determinate situazioni e quali modelli permetteranno alla scienza infermieristica di sopravvivere in un ambiente assistenziale aziendale. Nel frattempo sono stati implementati dei modelli organizzativi assistenziali più nuovi, anche se vi è poca evidenza su che cosa basare i cambiamenti.

### **Bibliografia**

1. Krapohl G, Larson E. The impact of unlicensed assistive personnel on nursing care delivery. *Nurs Econ.* 1996;14(2):99-110.
2. Manthey M. Definitions and basic elements of a patient care delivery system with an emphasis on primary nursing. In: Mayer GG, Madden MJ, Lawrenz E, eds. *Patient Care Delivery Models.* Rockville, Md: Aspen Publications; 1990.
3. Rafferty D. Team and primary nursing. *Senior Nurse.* 1992;12(1):31-34, 39.
4. Ringl KK. Patient care delivery systems. In: Spitzer-Lehmann R, ed. *Nursing Management Desk Reference: Concepts, Skill & Strategies.* Philadelphia: WB Saunders; 1994.
5. Kron T, Gray A. *The Management of Patient Care: Putting Leadership Skills to Work.* Philadelphia: WB Saunders; 1987.
6. Marram G, Barrett MW, Bevis EO. *Primary Nursing: A Model for Individualized Patient Care* (2nd ed). St. Louis: Mosby; 1979:11.
7. Lee ME. Towards better care: 'primary nursing.' *Nurs Times.* 1979;75(Occasional papers) (33):133-135.
8. Manthey M. *The Practice of Primary Nursing.* Boston: Blackwell; 1980.
9. Halloran EJ. Staffing assignment: by task or by patient. *Nurs Manage.* 1983;14(8):16-18.
10. Higgins M, Dixon P. Skill mix and the effectiveness of nursing care. *Nurs Standard.* 1992;14(7):18-21.
11. Steckel SB, Barnfather J, Owens M. Implementing primary nursing within a research design. *Nurs Dimens.* 1980; 7(4):78-81.

12. Glandon GL, Colbert KW, Tomasma M. Nursing delivery models and RN mix: cost implications. *Nurs Manage.* 1989;29(5):30-33.
13. Bertram DL. Selecting patient care delivery systems. In: Wlody GS, ed. *Managing Clinical Practice in Critical Care Nursing.* St. Louis: Mosby; 1994.
14. Thomas LH. Qualified nurse and nursing auxiliary perceptions of their work environment in primary, team, and functional nursing wards. *J Adv Nurs.* 1992;17:373-382.
15. Felton F. Increasing the quality of care by introducing the concept of primary nursing: a model project. *Nurs Res.* 1975;24:27-32.
16. Marram G. The comparative costs of operating a team and primary nursing unit. *J Nurs Adm.* 1976;6(4):21-24.
17. Sellick KJ, Russell S, Beckmann JL. Primary nursing: an evaluation of its effect on patient perceptions of care and staff satisfaction. *Int J Nurs Stud.* 1983;20(4):265-273.
18. Waters K. Team nursing. *Nurs Pract.* 1985;1:7-15.
19. Manthey M, Ciske K, Robertson P, Harris I. Primary nursing: a return to the concept of 'my nurse' and 'my patient.' *Nurs Forum.* 1970;9:65-83.
20. Sherman RO. Team nursing revisited. *J Nurse Adm.* 1990;20(11):43-46.
21. Shukla RK. All-RN model of nursing care delivery: a cost-benefit evaluation. *Inquiry.* 1983;20:173-184.
22. Wilson NM, Dawson P. A comparison of primary nursing and team nursing in a geriatric long-term care setting. *Int J Nurs Stud.* 1989;26(1):1-13.
23. Marram G, Flynn K, Abaravich W, Carey S. *Cost Effectiveness of Primary & Team Nursing.* Wakefield, MA: Contemporary Publishing; 1976.
24. Daeffler R. Patients' perception of care under team and primary nursing. *J Nurse Adm.* 1975;3(1):20-26.
25. Shukla RK. Technical and structural support systems and nurse utilization. *Inquiry.* 1983;20:381-389.
26. Chavigny K, Lewis A. Team or primary nursing care? *Nurs Outlook.* 1984;32(6):322-327.
27. Hegedus KS. Primary nursing: evaluation of professional nursing practice. *Nurs Dimens.* 1980;7(4):85-89.
28. Shukla RK. Primary or team nursing? Two conditions determine the choice. *J Nurse Adm.* 1982;12(11):12-15.
29. Shukla RK. Structure vs people in primary nursing. *Nurs Res.* 1981;30:236-241.
30. Gardner KG, Tilbury M. A longitudinal cost analysis of primary and team nursing. *Nurs Econ.* 1991;9(2):97-104.
31. Reed SE. A comparison of nurse-related behavior, philosophy of care and job satisfaction in team and primary nursing. *J Adv Nurs.* 1988;13:383-395.
32. O'Connor SE. A reorganization that improves patient care: an evaluation of team nursing in acute clinical setting. *Prof Nurs.* 1994;9:808-811.
33. O'Connor SE. Evaluation of the implementation of team nursing in a clinical setting. *Br J Nurs.* 1993;2(10):542-547.
34. Giovanetti P. A comparison of team and primary nursing care systems. *Nurs Dimens.* 1980;7(4):96-100.
35. Gardner K. A summary of findings of a five-year comparison study of primary and team nursing. *Nurs Res.* 1991;40(2):113-117.
36. Roberts LK. Primary nursing: Do patients like it? Are nurses satisfied? Does it cost more? *Canadian Nurs.* 1980;76(11):20-23.
37. Thomas L, McColl E, Priest J, Bond S. The impact of primary nursing on patient satisfaction. *Nurs Times.* 1996;92(22):36-38.
38. Ciske K. Primary nursing: an organization that promotes professional practice. *J Nurse Adm.* 1974;4(1):28-31.
39. Manthey M. Primary nursing is alive and well in the hospital. *AJN.* 1973;73(1):83-87.
40. Bowers L. The significance of primary nursing. *J Adv Nurs.* 1989;14:13-19.
41. Malkin KE. Primary nursing: job satisfaction and staff retention. *J Nurs Manage.* 1993;1:119-124.
42. Thomas LH, Bond S. Outcomes of nursing care: the case of primary nursing. *Int J Nurs Stud.* 1991;28(4):291-314.
43. Giovanetti P. Evaluation of primary nursing. In: Werley H, Fitzpatrick J, Taunton R, eds. *Annual Review of Nursing Research.* New York: Springer; 1986.
44. Hunt J, Lathlean J. Primary nursing: the next challenge. *Nurs Times.* 1988;84(49):36-38.