

## Nursing Nefrologico

# L'assistenza infermieristica al paziente in emodialisi: applicazione di modelli organizzativi che esaltano le competenze e migliorano la qualità del servizio

V. Guadagno

Infermiera Coordinatrice U.O Nefrologia, Dialisi e Ipertensione Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna

**NURSING ATTENDANCE TO HEMODIALYSIS PATIENTS: ORGANIC PATTERNS APPLICATION TO UNDERLINE NURSES' EXPERTISES AND IMPROVE JOB QUALITIES**

**ABSTRACT.** The change in clinical practice organization in a busy Hemodialysis Unit can be a key factor to implement clinical practice skills and define the professional growth of nursing staff. The change implied moving from a technical paradigm of care, towards an holistic approach of care, based on nurses' reliability and customized patient's care. The process applied the basic principles of Primary Nursing and Case Management, allowing and encouraging nurses to achieve a professional behavior based on deeper clinical knowledge, self-education and greater professional satisfaction while delivering a more efficient and better perceived nursing care. Organizational changes allowed nursing groups to define clearer and structured clinical competence pathways. The possibility to insert the change in clinical practice models within a Hospital broad frame of objectives, allowed economic sustainability and efficient management of human and technology resources in the starting phase. The model definition and its structured implementation is an ongoing Unit process and a challenge to quality, for all healthcare professionals involved.

**KEY WORDS:** Clinical practice models, Nursing competence, Economical sustainability, Efficient management



Vincenza Guadagno

## Introduzione

Gli infermieri dell'Emodialisi Malpighi provenivano da un percorso di diversi anni, caratterizzato da una prevalenza del modello tecno-bio-medico (1) in cui l'aspetto tecnico era rilevante e l'assistenza finalizzata al funzionamento della 'macchina'. Il numero delle prestazioni era superiore alle capacità di accoglienza, costringendo i pazienti a cambiare posto, stanza, collocazione ad ogni trattamento, incrementando il senso di frammentazione nel quale tutti operavano. I livelli di depersonalizzazione erano elevati tra i pazienti, che si sentivano disordinatamente allocati, e tra gli operatori, che si percepivano come dei meri esecutori di tecniche (1). Oltre ai trattamenti dei paziente cronici, l'Emodialisi del

Malpighi era, ed è tuttora, anche la struttura di riferimento per il trattamento dell'insufficienza renale acuta dei pazienti ricoverati nelle unità di terapia intensiva. Circostanza questa che, se da un lato rappresenta un 'fiore all'occhiello' dell'unità operativa e motivo di stimolo professionale per gli operatori, dall'altro costituisce un'ulteriore ragione di complessità organizzativa.

Occorreva assumere con chiarezza un nuovo modello, che permettesse all'assistenza infermieristica di valorizzare le competenze degli operatori, di migliorare la qualità di vita dei pazienti e di promuovere l'eccellenza dell'organizzazione (2).

Bisognava, pertanto, formare gli operatori e far prendere coscienza della loro identità di professionisti autonomi, come indicato dai più recenti dettami legislativi: nel DL 42/1999, nel Profilo Professionale, nel nuovo ordinamento universitario e nel codice deontologico.

L'équipe infermieristica del Malpighi, dunque, prendeva atto che, nella situazione concreta, esisteva un *gap* quasi incolmabile tra questa nuova visione delle cose e l'impostazione tradizionale.

Da dove partire per operare una riforma, anzi, se ci è consentito, una vera svolta culturale?

Appariva di grande urgenza identificare e condividere principi, valori e linguaggi.

## Materiali e Metodi

Nel 2009 si verificò una circostanza molto favorevole al decollo di questa nuova visione dell'azione infermieristica. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna emanò un bando interno per la presentazione di progetti di ricerca clinico-assistenziale. Si prospettava in tal modo la possibilità di elaborare una proposta teoretico-operativa ispirata ai nuovi modelli.

In collaborazione con il centro studi EBN (*Evidence Based Nursing*), gli infermieri del Malpighi hanno compiuto un percorso di metodologia della ricerca. L'obiettivo era conoscere i modelli che consentivano la presa in carico e la continuità assistenziale dell'utente (3). Il modello esistente, come si diceva, sembrava non più idoneo sotto diversi aspetti, pur riconoscendone alcuni elementi positivi. I nuovi modelli che avanzavano erano sostanzialmente quelli del *Case management*, *Primary Nursing* e *Nursing Care Delivery Model* (4). Dalla revisione della letteratura si evidenziava che nessuno studio, tuttavia, era stato condotto in un contesto paragonabile al nostro; anzi in tutto l'ambito emodialitico italiano queste impostazioni risultano praticamente assenti (5).

Alla luce della ricerca e della conoscenza di questi modelli, l'équipe è stata in grado di elaborare un proprio schema tipologico, che tenesse conto sia del suddetto orizzonte scientifico internazionale sia di questo concreto setting.

È nato così il *Lavoro in team multipli con specialisti a matrice per la personalizzazione dell'assistenza* (Fig 1).

La prima esigenza è apparsa quella di 'fare ordine' in senso fisico, suddividendo gli spazi presenti in tre settori, concentrando una o due tipi di apparecchiature di dialisi in ciascun settore. I pazienti a loro volta sono stati suddivisi in tre gruppi omogenei, in base ad una classificazione elaborata dal gruppo stesso. A questa suddivisione corrisponde una distinzione dell'équipe assistenziale in altrettanti gruppi, in base alle competenze e alle attitudini e per far sì che ogni gruppo risultasse autonomo (Tab. I). Tutto ciò in vista di una stabilità organizzativa, al fine di garantire una migliore presa in carico dei singoli pazienti.

Osservando la rappresentazione grafica del team (Fig. 1), si notano tre figure definite settore rosso, settore giallo e settore blu corrispondenti ad altrettanti gruppi che si dedicano all'assistenza del paziente cronico; un ulteriore gruppo, contrassegnato dal bianco, gestisce i trattamenti extracorporei nelle terapie intensive dell'azienda o in altre aziende: quindi, si occupa dei pazienti acuti o pazienti cronici con un problema acuto.

A capo di ogni gruppo si colloca la figura dell'infermiere *case manager* (8), le cui funzioni nei confronti dei pazienti cronici consistono in:

- programmazione delle procedure diagnostico-terapeutiche;
- accoglienza del nuovo paziente;
- programmazione dell'incontro del team multiprofessionale;
- raccordo con i servizi ospedalieri e territoriali;
- collaborazione nell'individuazione di un corretto programma di Educazione Terapeutica al paziente e alla sua famiglia;
- gestione dei casi complessi;
- implementazione di procedure e protocolli basati sull'evidenza scientifica;
- promozione di studi e progetti di ricerca;
- collaborazione con il coordinatore nella definizione delle presenze infermieristiche in base al numero e alla tipologia dei pazienti;
- garanzia della presa in carico tempestiva dei ricoverati per gli aspetti clinici, organizzativi e sociali.

Quanto al gruppo impegnato nella gestione dei trattamenti ai pazienti acuti ricoverati presso le terapie intensive, l'infermiere *case manager* rappresenta il supervisore clinico. In collaborazione con il medico e il coordinatore infermieristico, organizza i trattamenti durante il corso della giornata per:

- valutare le priorità;
- assicurare ad ogni trattamento l'adeguata competenza;
- addestrare il personale neoinserito;
- rilevare i dati di attività;
- garantire il knowhow avanzato mediante la programmazione della formazione sul campo per l'aggiornamento e il consolidamento delle competenze.

Per ogni team di assistenza sono anche previsti:

- un esperto nella gestione delle attrezzature;
- un esperto nella gestione delle lesioni vascolari;
- almeno un tutor per favorire l'inserimento dei nuovi assunti e delle nuove attrezzature;
- un infermiere con competenze avanzate in area critica (master clinico);
- un referente per la documentazione infermieristica.

Queste figure sono presenti in azienda come posizioni fun-

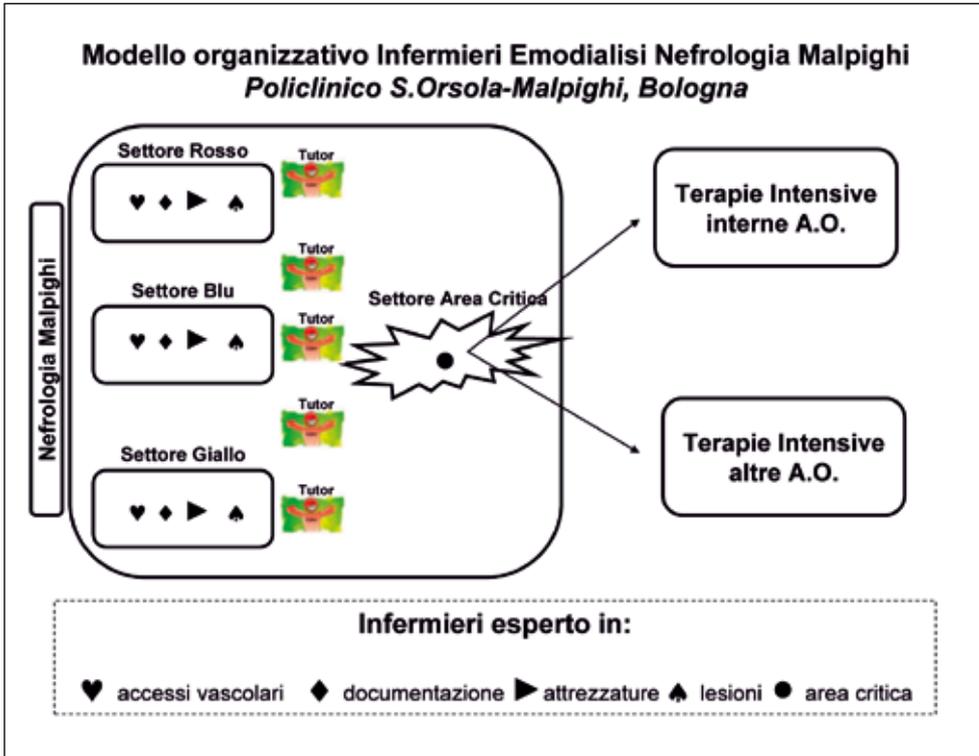


Fig. 1

TABELLA I - FUNZIONI

Funzioni	Settore BLU	Settore GIALLO	Settore ROSSO
Case Manager	Nome Cognome	Nome Cognome	Nome Cognome
Tutor per l'inserimento dei nuovi colleghi (maggiore di 1)	Nome Cognome	Nome Cognome	Nome Cognome
Tutor per l'inserimento degli studenti (maggiore di 1)	Nome Cognome	Nome Cognome	Nome Cognome
Referente attrezzature	Nome Cognome	Nome Cognome	Nome Cognome
Responsabile accessi vascolari	Nome Cognome		
Specialista per i trattamenti speciali	Nome Cognome	Nome Cognome	Nome Cognome
Referente delle lesioni	Nome Cognome	Nome Cognome	Nome Cognome
Referente per la documentazione	Nome Cognome	Nome Cognome	Nome Cognome
Ricercatore EBN	Nome Cognome	Nome Cognome	Nome Cognome
Infermiere con Master di Area Critica	Nome Cognome	Nome Cognome	Nome Cognome
Consulente	Nome Cognome		
Infermieri del Team delle Terapie Intensive			

zionali, pertanto vengono incentivate economicamente. Sono state individuate altre figure trasversali quali il responsabile degli accessi vascolari, l'infermiere con competenze avanzate in area critica e l'infermiere consulente, che non sono ancora incentivate da posizioni funzionali, ben-

ché il progetto si muova in questa ottica. Un passo successivo verso la completa realizzazione del progetto prevede la figura dell'infermiere primario (*primary nurse*) (9), al quale affidare un piccolo numero di pazienti (massimo tre).

L'infermiere primario svolge le seguenti funzioni:

- valutazione continua del percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti affidatigli;
- verifica della programmazione, dell'esecuzione e della ricezione referti degli esami programmati ematici e strumentali, al fine di 'chiudere il giro';
- inserimento e mantenimento dei pazienti candidati o candidabili nella lista per il trapianto di rene;
- valutazione periodica delle condizioni cliniche: accessi vascolari, efficienza dialitica, stato di nutrizione, eventuali lesioni ecc.;
- valutazione delle condizioni sociali (trasporti, situazioni familiari, attivazione dei servizi di supporto);
- monitoraggio della situazione vaccinale ed eventuale invio al Centro di riferimento di chi ne risultasse sprovvisto.

Questo schema operativo identifica delle precise responsabilità e delle inter-relazioni. Il trattamento dialitico, infatti, è la somministrazione di una terapia salvavita che richiede un'articolata rete di competenze.

Ogni infermiere è primario di tre pazienti. Ciò, tuttavia, non significa che egli li gestisca direttamente ogni giorno. Perciò ogni infermiere è primario per i suoi pazienti ed assistente per i pazienti degli altri. L'infermiere *case manager* funge da supporto e consulenza del Primario e con esso si relaziona. Si rende perciò fondamentale il confronto con i colleghi, l'utilizzo di strumenti idonei e, allo stesso tempo, la completezza della documentazione sanitaria. Tutto ciò diventa un'indispensabile fonte di informazione per poter mettere in atto il processo di assistenza infermieristica.

In questa stessa logica si comprende l'efficacia della presenza all'interno del team del medico nefrologo di riferimento: questi, infatti, favorisce l'ottimizzazione del processo diagnostico-terapeutico, perché riduce gli ostacoli e le distorsioni della comunicazione, rendendo lineare il percorso del paziente all'interno della struttura.

Un ulteriore punto di forza è rappresentato dall'inserimento nel team di altri professionisti della salute e degli ambiti ad essa connessi: dietista, psicologo, fisioterapista, assistente sociale (10).

## Discussione

Il principio-base di questa impostazione è stato quello di affidare il paziente a un'équipe in modo continuativo, non a un singolo operatore in modo estemporaneo. I componenti dell'équipe assistenziale sono fortemente invitati e quasi 'costretti' a incontrarsi, a scambiarsi informazioni e ipotesi di lavoro, a trovare insieme le giuste modalità operative per raggiungere obiettivi clinici. La persona assistita con la sua famiglia si vede collocata

all'interno di una rete di relazioni che la pongono al centro dell'attenzione comune e si sente seguita da più soggetti: ciò produce un senso di sicurezza che favorisce una migliore gestione della malattia. A loro volta gli infermieri sono all'interno di un gruppo: condivisione, solidarietà, facilità nelle sostituzioni costituiscono elementi di grande importanza sul piano psicologico e lavorativo.

All'interno del gruppo si generano dei punti di forza: la sana competizione, che mette in moto energie e dinamiche; l'integrazione tra le qualità personali e professionali. L'accoglienza di un nuovo paziente o un nuovo infermiere viene facilitata perché questi è immediatamente inserito in un clima quanto più possibile familiare. I tempi dell'inserimento dei nuovi infermieri vengono ridotti in modo sostanziale, perché l'addestramento sulle attrezzature utilizzate all'interno del singolo settore avviene gradualmente e in momenti diversi, armonizzati tra loro in un percorso personalizzato (11).

La principale consapevolezza che ha accompagnato l'équipe è quella di trovarsi di fronte a delle vite umane, delle quali 'prenderci cura' al meglio.

## Conclusioni

L'équipe ha messo in atto tutto questo con buoni risultati, la cui elaborazione potrà essere oggetto di un'ulteriore relazione.

Naturalmente, molta strada resta ancora da percorrere. Perciò, in conclusione, vorremmo fare nostro, parafrasandolo, un verso del poeta inglese Samuel Johnson: «il successo è la vittoria della speranza sull'esperienza».

## Riassunto

L'articolo si propone di esporre la metodologia applicata in una U.O. ospedaliera di emodialisi, volta a superare un modello di assistenza tecnicistico ed attivare una assistenza infermieristica olistica, personalizzata, basata sulla presa in carico del paziente. Il processo di cambiamento ha utilizzato le basi teoriche del *Nursing Primario* e del *Case Management*, inducendo il singolo professionista ad un maggiore approfondimento clinico, con conseguente maggiore soddisfazione lavorativa; al gruppo ha permesso di definire dei percorsi di competenze cliniche avanzate e strutturate. Il tutto inserito in un progetto aziendale codificato, che ha consentito la sostenibilità economica della sperimentazione e la raccolta di dati di evidenza: questi finora hanno confermato l'efficacia ed efficienza gestionale delle scelte metodologiche operate.

**Parole Chiave:** Modelli di pratica clinica, Competenza infermieristica, Sostenibilità economica, Gestione efficiente

*Indirizzo degli Autori:*

Vincenza Guadagno  
U.O. Nefrologia Dialisi e Ipertensione  
Settore Emodialisi  
AOU di Bologna  
Via Pelagio Palagi 9  
vincenza.guadagno@aosp.bo.it

## Bibliografia

1. Fishbane S, Goldman R. Quality outcomes and obstacles to their achievement in end-stage renal disease. *Semin Dial.* 2002 Jan-Feb;15(1):30-4. Review
2. Dobson, S & Tranter S. (2008) Organising the work: choosing the most effective way to deliver nursing care in a hospital haemodialysis unit *Ren Soc Aust J* 4 (2) 59 – 63
3. Tiedeman M. E., S. Lookinland, Traditional Models of Care Delivery *JONA* June 2004 34 (6) 291-297
4. Barelli P et al Modelli dell'organizzazione dell'assistenza: sono efficaci? 2006 *AIR* 25,1 35-41
5. Cairoli O. Introducing case management into the outpatient dialysis center. *Nephrol News Issues.* 2006 Apr;20(4):57, 59
6. Freund L, Burrows-Hudson S, Preisig P. Development of a patient Classification System for Chronic Hemodialysis Patient *A J o KD* vol 1 N.5 1998 pp 818-829
7. Wong F.K. Y. Chow S. K. Y. Chan T. M. Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease *International journal of nursing study* 2009
8. Steele DJ, Hamilton E, Arnaut MA. A case management model to improve hemodialysis outpatient outcomes. *Hemodial Int.* 2007 Apr;11(2):247-51
9. Matthijs E.W. & co, The effect of primary nursing on work-related factors, *Journal of Adv Nursing*, 1999, 29:88-96
10. Robertson N., A systematic approach to managing change, in Baker R, Hearnshaw H, Robertson N, eds. *Implementing Change with Clinical Audit*, Chichester: Wiley, 1999: 37–56
11. Robertson R, Jochelson K. Interventions that change clinician behaviour: mapping the literature, 2007.