

Implementation of primary nursing at Pediatric Department, Azienda Ospedaliera SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italy

Implementazione del primary nursing presso SC Pediatria Azienda Ospedaliera SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria

Authors:

A. Mignone¹ ; L. Gambarini²; E. Grassi³; T. Bolgeo⁴; R. Di Matteo⁴; M. Bertolotti⁴, A. Roveta⁴; M. Betti⁴; F. Viazzi⁵; A. Maconi⁴

1 SC Pediatria, Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italy

2 Direzione Professione Sanitarie, Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italy.

3 Direzione Professione Sanitarie, Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italy

4 Infrastruttura Ricerca Formazione Innovazione - DAIRI, Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italy.

5 Biblioteca Biomedica, Infrastruttura Ricerca Formazione Innovazione - DAIRI, Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italy.

Original article

Key words: Primary nursing, pediatric, continuity of care; nurse-patient relationship; patient/family education; safety; satisfaction.

ABSTRACT

Introduction: The principles of assistance that consider man in his entirety also apply to the child but the differences with respect to adult assistance lie in the specific needs of the child, in his dependence and capacity for development. One cannot think of the child without the parents; the whole family is involved in the care plan and in particular the parents must have an active role within the care plan.

Methods: The pediatric nurse has two interlocutors and therefore must adopt two different modes of communication: parents and children, both of which must be taken care of. In this regard, the functional care model is no longer responsive to the needs of personalized care, the need to find new strategies to respond to the health needs of the child, has directed the nursing management of the Alessandria Hospital towards the project of implementation of the Primary Nursing model at the Complex Structure of Pediatrics.

Results: Completion of the experimental implementation period on time. User customer satisfaction will be assessed through the questionnaires already in use at the company. Staff satisfaction will be assessed through the monitoring of indicators such as continuous feedback between staff, project representative and Coordinator, active participation in team meetings, suggestions and proposals by nurses about the management of critical issues and improvement. Any periods

of absence and transfer requests will also be monitored. A Pre-post research study is also planned on the impact of Primary Nursing on the nursing team and on patients and their families

Conclusions: Overall, patients, families, and nurses value care continuity and meaningful nurse-patient relationships, which is fundamental to primary nursing.

Introduzione: I principi dell'assistenza che considerano l'uomo nella sua interezza, valgono anche per il bambino ma le differenze rispetto all'assistenza degli adulti stanno nelle specifiche esigenze del bambino, nella sua dipendenza e capacità di sviluppo. Non si può pensare al bambino senza i genitori; tutta la famiglia è coinvolta sul piano dell'assistenza e in particolare i genitori devono avere un ruolo attivo all'interno del piano di cura.

Metodologia: L'Infermiere pediatrico ha due interlocutori e quindi deve adottare due differenti modalità di comunicazione: genitori e figli, entrambi vanno presi in carico.

A tal proposito, il modello assistenziale funzionale non è più rispondente alle esigenze di un'assistenza personalizzata, la necessità di trovare nuove strategie per rispondere ai bisogni di salute del bambino, ha indirizzato la dirigenza infermieristica dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria verso il progetto di implementazione del modello Primary Nursing presso la Struttura Complessa di Pediatria.

Risultati: Completamento del periodo sperimentale di implementazione entro i termini previsti. Verrà valutata la customer satisfaction dell'utenza mediante i questionari già in uso presso l'azienda. Verrà valutata la soddisfazione del personale attraverso il monitoraggio di indicatori quali i feedback continui tra personale, referente di progetto e Coordinatrice, la partecipazione attiva alle riunioni di equipe, i suggerimenti e le proposte da parte degli infermieri circa la gestione di criticità e le azioni di miglioramento. Verranno inoltre monitorati eventuali periodi di assenza e le domande di trasferimento. È inoltre previsto uno studio di ricerca Pre-post relativo all'impatto del Primary Nursing sull'equipe infermieristica e sui pazienti con le loro famiglie

Conclusioni: Nel complesso, i pazienti, le famiglie e gli infermieri apprezzano la continuità dell'assistenza e le relazioni significative infermiere-paziente, che sono fondamentali per l'assistenza attivata con il modello del primary nursing.

Il bambino è un mondo a sé, non può e non deve essere considerato un piccolo adulto, va conosciuto e studiato. Le patologie, i segni ed i sintomi devono essere analizzati e valutati in modo differente.

La **comunicazione non verbale** e la risposta da parte del piccolo nei confronti della sintomatologia, fa sì che questa debba essere immediatamente colta, interpretata e valutata da personale esperto nell'assistenza pediatrica.

Le doti di colpo d'occhio personali e l'intuito che ogni operatore ha come proprio bagaglio culturale non si imparano con le tecniche formative tradizionali ma vanno vissute e interiorizzate sul campo, nel corso della esperienza professionale, in quanto insegneranno a cogliere ogni sfumatura sul comportamento del bambino.

I principi dell'assistenza che considerano **l'uomo nella sua interezza**, valgono anche per il bambino ma le differenze rispetto all'assistenza degli adulti stanno nelle specifiche esigenze del bambino, nella sua dipendenza e capacità di sviluppo.

Non si può pensare al bambino senza i genitori; tutta la famiglia è coinvolta sul piano dell'assistenza e in particolare i genitori devono avere un ruolo attivo all'interno del piano di cura.

La malattia del bambino modifica le dinamiche familiari e in generale la prima reazione della famiglia è di incapacità di comprendere e di accettare la situazione clinica del bambino. Inoltre, la situazione può essere aggravata da problematiche legate alle diverse situazioni familiari come la presenza di altri figli che risentono della situazione e che possono sviluppare reazioni somatiche come ansia e depressione, o coppie separate, con

trasti tra i genitori, difficoltà economiche etc, tutto questo aumenta la difficoltà di adattamento alla malattia, all'ospedalizzazione e il rischio di sofferenza per il bambino.

Alla madre è richiesto di rendersi disponibile ad accogliere e a contenere le **angosce del bambino** senza esserne sopraffatta e di tollerarne la regressione emozionale. Questo presuppone che la madre sia sufficientemente forte e capace di distanziarsi dalle proprie angosce e da quelle del bambino per mantenere un buon contatto con la realtà della malattia e della struttura sanitaria. (S. Nettina 2012). Può succedere che ella stessa diventi ansiosa e fragile da richiedere il sostegno altrui o che non sia capace di contenere l'aggressività del bambino, con l'esito di comportamento disorganizzato di entrambi (Badon, 2002)

Favorire il rapido adattamento dei genitori alla nuova condizione del bambino è importante affinché essi possano concentrarsi sui bisogni di cura del bambino e collaborare con l'equipe curante

Al personale infermieristico che opera in ambiente pediatrico sono spesso richiesti interventi educativi e di consulenza da parte dei genitori. L'infermiere deve dimostrare disponibilità e pazienza per creare un'atmosfera serena che permetta un passaggio di informazioni chiare e dirette ma soprattutto adeguate alla capacità di comprensione del minore e dei suoi genitori, circa le procedure assistenziali, diagnostiche e le condotte terapeutiche.

L'Infermiere pediatrico ha due interlocutori e quindi deve adottare due differenti modalità di comunicazione: genitori e figli, entrambi vanno presi in carico.

A tal proposito, il modello assistenziale funzionale non è più rispondente alle esigenze di un'assistenza personalizzata, la necessità di trovare nuove strategie per rispondere ai bisogni di salute del bambino, ha indirizzato la dirigenza infermieristica dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria verso il progetto di implementazione del modello Primary Nursing presso la Struttura Complessa di Pediatria.

PERIODO PRE-IMPLEMENTAZIONE

Lo scopo di questo progetto è "costruire" una nuova organizzazione dell'assistenza infermieristica in Pediatria passando dal modello "per compiti" al modello di *Primary Nursing (PN)* e garantire la presa in carico globale del paziente e dei suoi genitori attraverso la pianificazione dell'assistenza condivisa.

Nel mese di gennaio 2019 si è formato un gruppo di progetto formato dall'infermiera referente scelta dall'azienda, dalla coordinatrice di reparto e da due infermieri particolarmente motivati, con l'obiettivo di implementare il *Primary Nursing* presso la Pediatria.

Il personale infermieristico, in prima istanza perplesso e dubbioso di fronte ad un cambiamento quasi epocale dell'organizzazione per compiti, è stato invitato a partecipare ad alcune riunioni di sensibilizzazione con il referente del progetto, la Coordinatrice e la Capo dipartimento all'inizio di febbraio, marzo e aprile 2019.

Nell'ambito delle riunioni sono stati analizzati dubbi, preoccupazioni e pregiudizi del personale. È emerso che l'impresa non sarebbe stata facilmente attuabile se non con piccole modifiche introdotte in modo scaglionato nel tempo per permettere alle colleghe di assimilare le novità e manifestare le difficoltà a mano a mano che si presentavano. Pre-requisito per l'attuazione del PN doveva essere la revisione della documentazione infermieristica, la costituzione del piano assistenziale standard della scheda di presa in carico e della lettera di dimissione infermieristica.

A tal proposito il personale infermieristico si è riunito e ha condiviso le esperienze delle colleghe più anziane e gli studi recenti di quelle più giovani sulla costruzione dei piani di assistenza. Si è scelto di elaborare *piani standard* sulla base delle patologie pediatriche più frequenti nella SC Pediatria.

Dopo una prima fase sperimentale con l'introduzione della cartella infermieristica revisionata e dei soli piani standard, è seguita una riorganizzazione logistica degli spazi e dei carrelli terapia in modo da rendere più snella la divisione dei pazienti da parte degli infermieri.

Dalla fine di febbraio 2019, la cartella infermieristica revisionata e i piani standard si utilizzano ormai con aumentata consapevolezza e competenza ma solo dopo aver sedato alcune resistenze all'introduzione con l'aiuto della Coordinatrice e della Capo dipartimento. Le resistenze da parte di due colleghe erano incentrate sulla scarsa volontà nel coinvolgere i genitori dei piccoli ricoverati nel processo assistenziale ma come affermato in precedenza, l'assistenza centrata sul bambino non può prescindere dal coinvolgimento dei genitori. Da metà mese di aprile è stata introdotta la *scheda di presa in carico*, dapprima solo per casi semplici e in seguito per tutti i pazienti. Per quel che concerne la lettera di dimissione infermieristica, l'introduzione avverrà da metà maggio in quanto è stato evidente come l'introduzione graduale della nuova documentazione abbia permesso che fosse accettata più facilmente.

LA STRUTTURA COMPLESSA DI PEDIATRIA: ANALISI DEL CONTESTO

Dal punto di vista strutturale, l'area di degenza pediatrica è costituita da

- 11 camere di degenza da 2 posti letto
- 2 camere singole di isolamento
- 2 sale medicazione
- 1 postazione infermieristica
- 1 saletta preparazione terapie
- 1 studi medici e sala riunioni
- locali percorsi pulito/sporco
- cucinetta, ripostigli
- magazzino
- sale giochi per i degenti
- 1 cucina per i genitori

L'organico è costituito da:

- Dirigente medico
- Equipe medica
- Coordinatrice infermieristica
- 12 Infermieri turnisti (h.24)
- 3 Infermieri a turno diurno (h.12)
- 6 OSS a turno diurno

Il turno è composto da 2 infermieri e si articola su mattino, pomeriggio e notte.

Gli infermieri diurni collaborano con mattini e pomeriggi mentre il personale OSS è presente in due unità al mattino ed una al pomeriggio.

Il sistema informatico denominato TRAK-CARE supporta le operazioni di ricovero, la dimissione, le richieste di esami diagnostico-strumentali, le consulenze specialistiche ma non può, a tutt'oggi, supportare una cartella informatizzata.

L'organizzazione infermieristica è di tipo funzionale, per compiti e comprende quindi un "giro" terapie, un "giro" visita, un passaggio di consegne tradizionale.

Sono presenti Linee guida e protocolli aziendali relativi a procedure standard come:

- Inserimento catetere vescicale;
- Gestione cvp e linee infusive;
- Percorsi risk management;
- Contenzione.

Inoltre, sono presenti linee guida di reparto relative a procedure standard caratteristiche dell'area pediatrica.

La documentazione infermieristica comprende:

- Cartella infermieristica cartacea
- Schede relative all'assistenza al paziente diabetico
- assistenza al paziente con difficoltà respiratoria
- assistenza al paziente con patologie gastroenteriche
- assistenza al paziente con patologie renali
- procedure per l'isolamento respiratorio ed enterico.

Trattasi di schede per monitoraggio e raccolta dati non di piani di assistenza.

OBIETTIVO DEL PROGETTO (allegato 1- 2)

Implementazione del modello *Primary Nursing* presso la SC Pediatria di Alessandria. A tal scopo si rende necessario:

- a) produrre la necessaria *documentazione* infermieristica a supporto del ragionamento clinico.
- b) Attuare una *revisione dei processi organizzativi* per ottenere una ottimizzazione delle risorse umane e materiali del reparto.

- c) Rafforzare le **competenze del personale infermieristico** con una adeguata formazione in materia di *Primary Nursing* e produrre un manuale di implementazione.

a) **Documentazione infermieristica.**

Dato lo scopo del progetto, garantire assistenza personalizzata al piccolo paziente, la revisione della documentazione ha avuto inizio con la stesura di piani standard e per patologia (considerando le principali patologie afferenti al reparto, ossia respiratorie e gastroenteriche) nonché con l'adozione delle nuove schede di P.Alarm (Intercettazione precoce del peggioramento clinico). Il gruppo di lavoro comprendeva la Coordinatrice, la referente del progetto e tre infermieri.

Anche la cartella infermieristica è stata revisionata per essere adeguata al nuovo modello organizzativo e contenere il piano assistenziale.

Tutte le istruzioni operative presenti sono state aggiornate da gruppi di lavoro formati da due/ tre infermiere.

b) **Revisione dei processi organizzativi**

Il sistema di turnazione prevede due infermieri per turno quindi si è cercato di ottimizzare la presenza del personale h 12 per avere sempre presente un elemento in più durante le mattinate e i pomeriggi. Con il pieno supporto del Direttore di struttura, si è cercato di modificare l'orario della tradizionale visita medica in modo da iniziare più tardi lasciando maggior tempo agli infermieri per organizzare l'assistenza personalizzata. Al momento non si è riu-

sciti ad attuare la riunione di *briefing* (pre-visita medica) che il personale desidera per le resistenze dell'equipe medica.

Anche dal punto di vista logistico sono stati adeguati e razionalizzati spazi a disposizione del personale infermieristico, modificati i carrelli per le terapie in modo da renderli multifunzione (precedentemente ogni carrello era destinato ad una sola funzione: terapia orale, terapia endovenosa, prelievi ematici, così come è previsto in una organizzazione per compiti).

c) **competenze del personale infermieristico**

In accordo con la dirigenza infermieristica dell'azienda, è stata preparata una macro e microprogettazione per un corso di formazione della durata di 8 ore in *Primary Nursing* rivolto al personale infermieristico della Pediatria ed accreditato ECM presso la Piattaforma regionale.

È stato prodotto il manuale di implementazione da un gruppo di lavoro formato da Coordinatrice, referente aziendale di progetto ed infermieri del reparto .

DESTINATARI DEL PROGETTO

Tutto il personale infermieristico della Pediatria è il destinatario principale del progetto di implementazione, unitamente all'equipe medica, al personale di supporto, al personale consulente. Il fruitore è costituito dall'insieme dell'utenza pediatrica afferente alla struttura e le loro famiglie.

STUDIO DI FATTIBILITÀ

Nella tabella seguente, *Swot Analysis*, sono stati identificati i punti di forza e di debolezza che potrebbero influenzare la riuscita del progetto.

STRENGTHS

- Assistenza personalizzata e globale al paziente
- Percezione di una migliore assistenza da parte dell'utente
- Maggiore autonomia e soddisfazione del personale
- Visibilità del ruolo infermieristico
- Partecipazione volontaria del personale alla sperimentazione
- Riorganizzazione isorisorse

WEAKNESSES

- Timore per il cambiamento e aumento delle responsabilità
- Formazione di base delle infermiere un po' datata
- Inesperienza nella pianificazione

OPPORTUNITIES

- Aumento delle competenze nella pianificazione assistenziale
- Crescita professionale
- infermieri che sperimenteranno un diverso modello organizzativo
- Scambio con l'ambiente universitario aggiornato e fonte di stimoli per il personale

THREATS

- carenti capacità comunicative relazionali di un paio di elementi dell'equipe
- resistenza da parte di un elemento dell'equipe medica

PUNTI DI DEBOLEZZA

Il timore per il cambiamento si percepiva e si percepisce tutt'ora. Questo è un aspetto da considerare, ma che non deve scoraggiarci, l'età media del personale è 42,4 anni ,quindi anche la formazione di base risulta essere datata ma il previsto ingresso di personale giovane e un *turn over* già avviato con altri reparti potrà ovviare a questo problema. Le relative lacune nella pianificazione si stanno colmando con la formazione sul piano standard

che il gruppo di progetto sta completando.

MINACCE

Per quanto riguarda l'equipe medica , i pediatri sono stati informati dell'inizio del periodo sperimentale di implementazione da Direttore di Struttura, Coordinatrice e referente di progetto e la maggior parte si è resa disponibile a collaborare. Gli elementi dell'equipe infermieristica più reticenti nel relazionarsi con pazienti e famiglie rappresentano, al momento, un problema insoluto che richiederà altre strategie.

RUOLI E RESPONSABILITÀ

Nella tabella seguente sono riassunte le attività intraprese, le figure interessate e la tempistica di realizzazione.

ATTIVITA'	RESPONSABILI	TEMPISTICA
Organizzazione focus group di sensibilizzazione	Capo Dipartimento Coordinatrice Referente del progetto	Febbraio 2019
Organizzazione riunioni di equipe per revisione documentazione infermieristica Costruzione piani standard, scheda di presa in carico, lettera di dimissione inf.	Coordinatrice Referente del progetto Gruppi di lavoro formati da due/tre infermieri di reparto	Febbraio -Marzo-Aprile 2019
Riorganizzazione e revisione dei processi organizzativi	Coordinatrice Referente del progetto Infermieri del reparto	Marzo-Aprile 2019
Preparazione ed accreditamento formazione Primary per gli infermieri	Direzione infermieristica Referente del progetto Ufficio formazione aziendale	Febbraio 2019-Maggio 2019
Introduzione nuova documentazione infermieristica: Piano standard	Coordinatrice Referente del progetto Infermieri del reparto	Fine Marzo-Aprile
Introduzione nuova documentazione infermieristica: Scheda di presa in carico	Coordinatrice Referente del progetto Infermieri del reparto	Aprile_Maggio 2019
Introduzione nuova documentazione infermieristica: Lettera di dimissione infermieristica	Coordinatrice Referente del progetto Infermieri del reparto	Maggio 2019
Inizio periodo di sperimentazione	Coordinatrice Referente del progetto Infermieri del reparto	Maggio 2019 fino a Settembre 2019
Inizio periodo di consolidamento	Coordinatrice Referente del progetto Infermieri del reparto	Da Ottobre a Dicembre 2019

RISORSE UMANE E MATERIALI

-DIPSA

Il dirigente infermieristico ha fortemente voluto la realizzazione di questo progetto di implementazione e ha scelto, insieme alla Capo Dipartimento Pediatrico, un referente da inviare al corso di Perfezionamento.

-Coordinatrice SC Pediatria

La Coordinatrice ha appoggiato in modo assolutamente favorevole l'idea del progetto, adoperandosi in molteplici modi per favorire dapprima le operazioni di sensibilizzazione sul personale e quindi la costituzione dei gruppi di lavoro per la nuova documentazione infermieristica, la revisione di procedure e la stesura di nuovi protocolli. Ha apportato un grande contributo durante la revisione dei processi organizzativi e della logistica del reparto. Non ha mai smesso di incoraggiare e supportare le infermiere specialmente nelle fasi che hanno richiesto maggior impegno (introduzione nuova documentazione).

-Professionisti infermieri della S.C. Pediatria

L'equipe infermieristica, dopo un primo momento di resistenza dovuto al timore del cambiamento, alla formazione di base un po' datata che comportava un variabile grado di inesperienza circa la pianificazione dell'assistenza, ha comunque deciso di mettersi in gioco impegnandosi nelle riunioni e nella formazione di gruppi di lavoro.

-Personale OSS

Il personale di supporto ha accettato favorevolmente il concetto assegnazione dei pazienti agli infermieri, iniziando da subito a riferirsi all'Infermiere *Primary*.

-Equipe medica

Alcuni elementi dell'equipe medica hanno dimostrato un certo grado di resistenza al cambiamento adducendo come motivazione una difficoltà nell'individuare prontamente quale infermiere fosse il *Primary* di quali pazienti. In particolare, una pediatra ha affermato che il personale infermieristico della Pediatria non era, a suo parere, sufficientemente maturo per prendere decisioni in autonomia nell'ambito dell'assistenza. Questa affermazione è stata smentita con l'introduzione dei piani di assistenza e l'avvio del periodo di prova dell'implementazione.

Altre risorse:

-Ufficio Formazione ASO Alessandria che curerà l'evento formativo in programma.

Risorse materiali:

-Struttura Dipartimentale SC Pediatria
-Materiale informatico, cartaceo ed attrezzature di reparto messo a disposizione del progetto.

DURATA DEL PROGETTO

Il progetto prevede una fase propedeutica all'implementazione da gennaio a marzo 2019 a cui far seguire un periodo sperimentale di implementazione da aprile a settembre 2019. Il gruppo di progetto ha deciso di prolungare il periodo sperimentale precedentemente concordato per aprile-giugno in quanto il periodo di ferie estive e il previsto ingresso di nuovo personale neoassunto avrebbe ritardato il successivo periodo di consolidamento. Quest'ultima fase interessa il periodo ottobre-dicembre 2019.

COSTI PREVISTI

Il costo del corso di perfezionamento (iscrizione).
RISULTATI ATTESI (*OUTPUT*)

Completamento del periodo sperimentale di implementazione entro i termini previsti.
IMPATTO AUSPICATO SULLA REALTÀ (*OUTCOME*)

Verrà valutata la *customer satisfaction* dell'utenza mediante i questionari già in uso presso l'azienda. Verrà valutata la soddisfazione del personale attraverso il monitoraggio di indicatori quali i feedback continui tra personale, referente di progetto e Coordinatrice, la partecipazione attiva alle riunioni di equipe, i suggerimenti e le proposte da parte degli infermieri circa la gestione di criticità e le azioni di miglioramento. Verranno inoltre monitorati eventuali periodi di assenza e le domande di trasferimento. È inoltre previsto uno studio di ricerca Pre-post relativo all'impatto del *Primary Nursing* sull'equipe infermieristica e sui pazienti con le loro famiglie.

IL MANUALE DI IMPLEMENTAZIONE

(allegato 3)

Il manuale di implementazione è uno strumento che compendia gli aspetti essenziali e le norme ritenute fondanti dal gruppo di lavoro per l'avvio della nuova organizzazione.

Si articola in sezioni, ognuna dedicata a specifici criteri e modalità di scelte condivise.

1) Criteri di inclusione dei pazienti:

Tutti i pazienti verranno presi in carico, prescindendo dalla durata della degenza. Ciò si è reso necessario a causa dell'alto numero di pazienti extracomunitari che afferiscono per degenze brevi ma i cui genitori hanno necessità di educazione sanitaria e addestramento nell'accudimento quotidiano del bimbo.

I pazienti che verranno ricoverati durante le ore notturne, saranno presi in carico dagli infermieri *Primary* del turno mattutino.

2) Criteri di identificazione Infermieri *Primary*:

Tutti gli infermieri possono diventare *Primary* con l'aumentare della loro esperienza nel reparto di appartenenza, tuttavia alcune caratteristiche importanti sono:

- esperienze professionali passate (competenze in area critica)
- periodo di permanenza nel reparto
- aderenza alle *job competence*
- capacità di adattamento al cambiamento
- pazienti assegnati in precedenza e conoscenza del caso

Gli infermieri neoassunti non saranno *Primary* prima della fine del periodo di prova e solo dopo valutazione della Coordinatrice

3) Criteri di assegnazione dei casi

Durante il periodo di sperimentazione, l'assegnazione sarà a cura dell'Infermiere più esperto del turno che svolgerà le funzioni di *Case Manager*. Successivamente si procederà con l'autoassegnazione dei casi mantenendo la norma "paziente complesso - infermiere esperto".

Gli infermieri neoassunti fungeranno da associati fino alla fine del periodo di prova e dopo valutazione della Coordinatrice

4) Collaborazione tra infermieri *Primary* ed associati :
L'infermiere di riferimento è responsabile della pianificazione dell'assistenza ai suoi pazienti ed è responsabile del passaggio di informazioni agli infermieri che lo sostituiscono . Questi ultimi collaborano attuando le prescrizioni dell'inf. *Primary* in modo preciso e documentato e suggerendo eventuali modifiche del piano in base alle variazioni cliniche del paziente, inoltre collaborano nella stesura della dimissione impostata dall'infermiere di riferimento.

5) Collaborazione con altre figure professionali
Medico Pediatra : identificare momenti di condivisione del percorso del paziente e passaggi di informazioni. Il personale infermieristico verrà coinvolto attivamente nelle riunioni di *briefing* e *de briefing*.

Altri professionisti : Dietiste, fisioterapiste ed altre figure professionali hanno subito compreso la dinamica de *Primary nursing* offrendo collaborazione diretta o attraverso gli strumenti di documentazione infermieristica.

6) Documentazione infermieristica Cartella infer-

mieristica
Piano standard Piani per patologia
Scheda di presa in carico
Lettera di dimissione infermieristica
Lettera di trasferimento ad altra struttura ospedaliera.

CONCLUSIONI

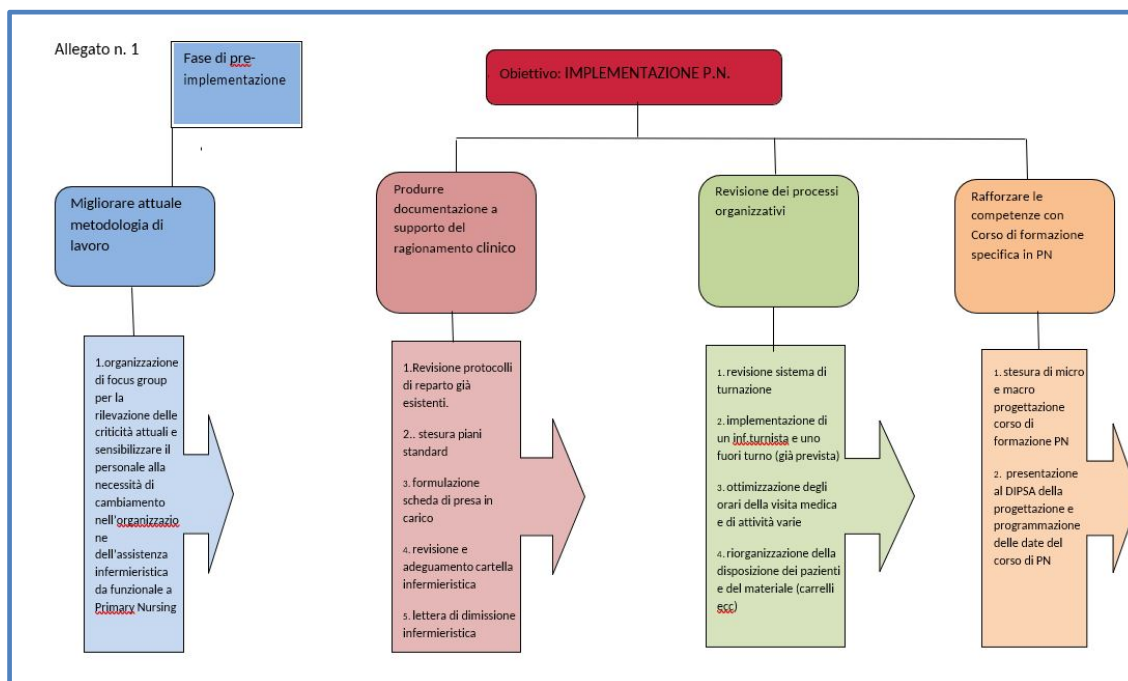
Le mie preoccupazioni e incertezze iniziali come infermiere referente di progetto, sono state in gran parte fugate dalle esperienze di tirocinio, determinanti per dare nuova linfa e nuovo slancio al progetto. Le competenze e gli strumenti acquisiti e soprattutto alcune "leve" motivazionali ed emozionali sono state determinanti, una volta ritornata nel reparto di appartenenza per coinvolgere maggiormente anche quei colleghi che mostravano ancora reticenze.

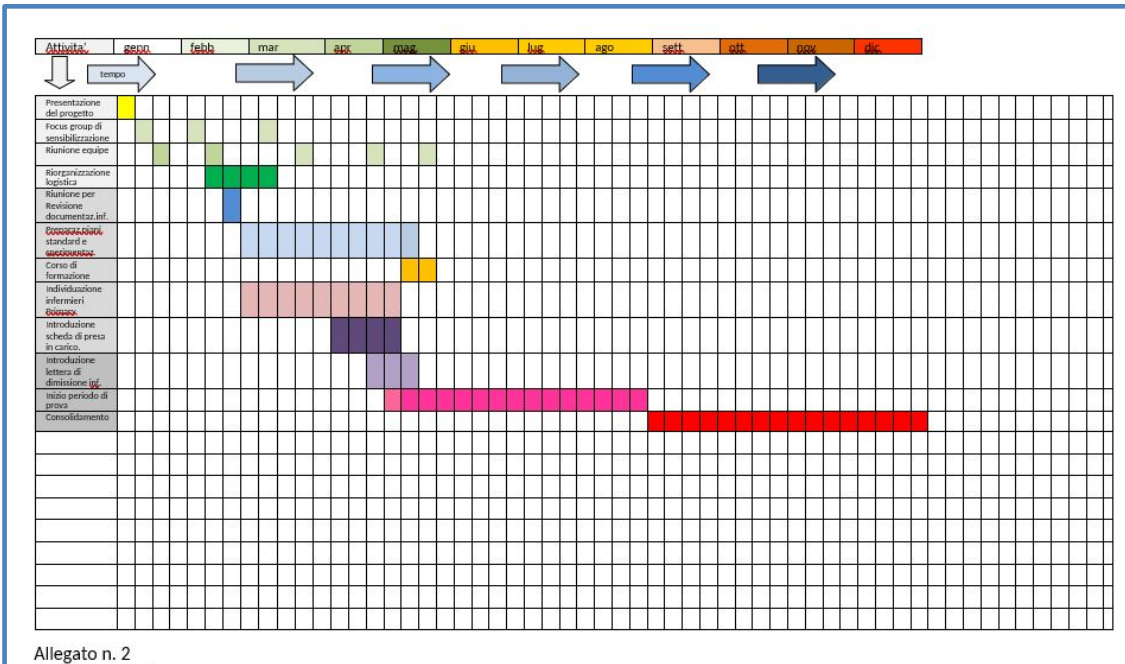
Il periodo di sperimentazione promette buoni risultati in termini di aderenza al progetto, sicuramente è mia intenzione proseguire con momenti formativi durante le riunioni mensili di equipe che si sono rivelati molto utili.

Bibliografia

1. Badon P (2002). Assistenza infermieristica in pediatria e piani di assistenza. Piccin editore.
2. Nettina S. (2012). Il manuale dell'infermiere , volume 2° Nursing pediatrico. Piccin editore.
3. Manthey M. (2008). La pratica del Primary Nursing. Il pensiero scientifico editore
4. Magon- Suardi (2013) Primary Nursing, conoscere ed utilizzare il modello. Maggioli editore.

Allegati





Allegato n. 2

