

Position Statement: l'assistenza infermieristica in area medica



Gruppo di lavoro

Giancarlo Cicolini (FNOPI)

Maria Cristina Magnocavallo (FNOPI)

Gabriella Bordin (ANIMO – Presidente)

Letizia Tesei (ANIMO – Vice Presidente)

Claudia Gatta (ANIMO – Tesoriere)

Fabio Bertoncini (ANIMO – Componente gruppo di ricerca)

Indice

Introduzione	3
Il contesto attuale	4
Proposte di cambiamento	5
Conclusioni	7
Bibliografia	8
Allegato: Core competence dell’infermiere con laurea magistrale ad indirizzo clinico in area medica	10

Introduzione

La pandemia da Covid-19, così come evidenziato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici (1).

Allo stesso modo, la pandemia ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto (1). In particolare, negli anni si è verificata una transizione epidemiologica nella patologia emergente: da una situazione in cui erano prevalenti le malattie infettive e carenziali, si è passati a una preponderanza di quelle cronico-degenerative (2). Nei Paesi più ricchi, il maggior carico di malattia misurato in anni di vita aggiustati per disabilità(3), è attribuibile alle patologie cardio e cerebrovascolari e ai disturbi neuropsichiatrici, tra cui la depressione, la malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza(4).

Il contesto clinico-epidemiologico negli ultimi trent'anni è radicalmente cambiato, la maggior parte dei pazienti accolti in Medicina Interna, e più in generale nei reparti di area medica, presentano infatti una patologia acuta che si inserisce in un quadro di cronicità, polipatologia e fragilità in età avanzata(5).

Le proiezioni di invecchiamento della popolazione e le conseguenti necessità di cura, inoltre, sono in linea con l'ipotetico esponenziale aumento della domanda di infermieri nel prossimo futuro: degli ultimi rapporti OCSE Health at a Glance si registra in Italia un rapporto infermieri/abitanti di 5,7/1000 contro una media europea di 8,2 e picchi virtuosi fino a 10 infermieri ogni 1000 cittadini e un rapporto infermieri/medici di 1,4 verso una media europea che si attesta maggiore a 2 (6).

Poiché sarà sempre più necessaria un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure, valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale, garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni, questo documento, vuole:

- essere una proposta per fare chiarezza sul ruolo, le responsabilità e le prospettive dell'infermiere in area medica;
- rappresentare uno strumento di riferimento nella definizione degli standard organizzativi assistenziali, per i percorsi didattici disciplinari e per allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area medica, superando le attuali disomogeneità territoriali;
- rappresentare una guida per articolare i futuri percorsi di valorizzazione professionale per gli infermieri di area medica.

L'Associazione Nazionale degli Infermieri di Medicina "ANIMO", revisionando quanto presente in letteratura scientifica e a livello normativo, ha evidenziato il migliore **contesto organizzativo-assistenziale** all'interno del quale, gli Infermieri di medicina potrebbero meglio rispondere al mandato istituzionale e soprattutto ha voluto definire le **core competence dell'infermiere di Area Medica**, analizzando le principali competenze descritte in letteratura e facendo riferimento alle direttive FNOPI sulle specializzazioni. In particolare, verranno declinate le **core competence dell'Infermiere specialista con laurea magistrale ad indirizzo clinico per il governo dei processi assistenziali in area medica**, ispirandosi al documento europeo EFN (7) e basandosi sui tre caposaldi della professione infermieristica: le cure fondamentali, il ragionamento clinico e il comportamento etico.

Il contesto attuale

La Medicina Interna è presente in tutti gli ospedali italiani e rappresenta la "specialità" con maggior numero di ricoveri e posti letto (33564 PL pari al 17% dei PL totali, 1123902 ricoveri annuali pari al 15,6% di tutti ricoveri) (8).

Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ha riorganizzato la rete ospedaliera e definito i reparti specialistici per bacino di utenza. Come conseguenza, soprattutto negli ospedali di base e negli ospedali spoke, nei reparti di Medicina Interna vengono ricoverati pazienti con patologie diversificate, gastroenterologiche, infettive, cardiologiche, ematologiche, nefrologiche, neurologiche, oncologiche, endocrinologiche,

geriatriche, reumatologiche e broncopneumologiche, tanto che i primi DRG¹ delle Medicine Interne sono relativi alle malattie cardiovascolari, respiratorie, oncologiche, neurologiche.

Le persone assistite nei reparti di Medicina Interna si caratterizzano per una elevata complessità clinico-assistenziale (9-13).

Storicamente i reparti di Medicina Interna vengono etichettati, però, come “reparti di base”, classificazione che trova riscontro nella maggior parte dei documenti che trattano di “dotazioni organiche”. Se “base” è espressione di “fondamentale” non si capisce perché ancora oggi i coefficienti per il calcolo siano sempre i più bassi, tanto da non rispettare il rapporto pazienti/infermieri di 6:1 suggerito dalla letteratura (14) e dagli studi che sottolineano come allontanandosi da tale rapporto anche di una sola unità la probabilità di decesso del paziente entro i 30 giorni dalla dimissione aumenta del 7% (15-16), tanto meno il rapporto 4:1, assimilabile all’area sub-intensiva, per i pazienti critici sempre presenti in Medicina Interna.

Proposte di cambiamento

Date le premesse, per la loro presenza in tutti gli ospedali e per essere le strutture che più di altre caratterizzano l’attività ospedaliera, considerate le caratteristiche e i bisogni della popolazione italiana, non è pensabile che i reparti di Medicina Interna siano ancora oggi classificati o considerati come “Specialità di Base”. Essi andrebbero invece considerati quali

¹ SDO 2014 – ricoveri ordinari per pazienti acuti, Regione Piemonte
Primi 7 DRG – dimessi da Medicine Interne (codice 26)
1° Edema polmonare e insufficienza respiratoria (DRG 087)
2° Insufficienza cardiaca e shock (DRG 127)
3° Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC (DRG 089)
4° Setticemia senza ventilazione meccanica 96 ore, età > 17 anni (DRG 576)
5° Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni, senza CC (DRG 297)
6° Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni, con CC (DRG 296)
7° Emorragia intracranica o infarto cerebrale (DRG 014)
8° Insufficienza renale (DRG 316)
9° Malattia polmonare cronica ostruttiva (DRG 088)
10° Polmonite semplice e pleurite, età > 17 aa senza cc (DRG 090)
11° Emorragia gastrointestinale con cc (DRG 174)
12° Neoplasie dell’apparato respiratorio (DRG 082)
13° Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni, con CC (DRG 079)
14° Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni, con CC (DRG 296)
15° Cirrosi e epatite alcolica (DRG 202)

“Specialità Fondamentali”, articolate in strutture organizzative, dove prevedere **un approccio di gestione per processi**.

In questa visione si colloca **la figura dell’infermiere specialista con laurea magistrale ad indirizzo clinico in area medica**. Un infermiere esperto clinico, opportunamente formato e formalmente riconosciuto, in grado di orientare e gestire il percorso assistenziale dei pazienti, e soprattutto in grado di prendere in cura la persona con complessità assistenziale, garantendone un monitoraggio e un controllo competente e specifico.

Da ciò ne consegue la necessità di:

- **superare il modello prestazionale-tecnologico** che sta caratterizzando l’infermieristica negli ospedali;
- promuovere lo sviluppo di **modelli organizzativi innovativi e approcci assistenziali avanzati** fondati sulla **logica di processi e di continuità assistenziale**, quali ad esempio il Primary Nursing e il Case Management;
- garantire **l’adeguamento quali-quantitativo dello staffing** dei reparti medici alle "raccomandazioni per la determinazione dello “staff” per l’assistenza infermieristica" secondo le indicazioni della Società Italiana per la Direzione e il Management delle Professioni Infermieristiche (17), ovvero un rapporto infermiere/persona assistita pari almeno a 1:6 e un rapporto infermiere/OSS pari almeno a 1:0.80;
- prevedere all’interno di ogni setting di area medica **diversi livelli di competenza dei professionisti con adeguate proporzioni all’interno del team** secondo criteri che consentano un adeguato skill-mix e la necessaria diversificazione della risposta assistenziale. La diversificazione dei livelli di competenza garantisce, da un lato, una ottimale qualità delle prestazioni assistenziali erogate grazie alla presenza di professionisti con competenze acquisite in percorsi post-base e/o magistrali, dall’altro, la transizione verso modelli organizzativi avanzati utili alla gestione dei processi assistenziali complessi tipici dell’area medica.

Conclusioni

Quanto esposto vuole rappresentare le linee di indirizzo che ANIMO in qualità di società scientifica intende promuovere, coerentemente con la letteratura attuale, tenendo conto dell'evoluzione dei contesti di cura e della capacità formativa del sistema universitario italiano. Per garantire qualità e sicurezza nell'assistenza alle persone ricoverate in area medica sono fondamentali alcune condizioni:

- l'adeguamento quali-quantitativo dello staffing su tutto il territorio nazionale;
- il riconoscimento sostanziale della complessità dei casi trattati in area medica;
- la cancellazione formale del termine "base" dal linguaggio usato nel management e nella formazione in riferimento all'area medica;
- il superamento del modello prestazionale-tecnologico che sta caratterizzando l'infermieristica negli ospedali;
- la promozione di modelli organizzativi innovativi e approcci assistenziali avanzati orientati alla personalizzazione e alla continuità assistenziale, quali ad esempio il Primary Nursing (18-21) e il Case Management (22-23);
- la formazione a livello accademico in percorsi post base (master, Laurea Magistrale) dell'infermiere specialista in area medica.

Bibliografia

1. Governo della Repubblica Italiana. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. #NextgenerationItalia. 22/06/2021 Available at:
<https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD): data resources. Available at: <http://www.healthdata.org/gbd/data>
3. World Health Organization. Disability-Adjusted Life Years (DALYs): GHO: OData API. Available at: <https://www.who.int/data/gho/info/gho-odata-api>
4. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M et al. Global Burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet. 2006 May 27; 367(9254): 1747 – 57
5. Ministero della Salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero: dati SDO 2018. Available at:
https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2898
6. Organization for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance: Europe 2020, State of health in the EU cycle. Available at:
https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2020_healthatglance_rep_en.pdf
7. European Federation of Nursing associations. Linee guida EFN per l'applicazione dell'articolo 31 ai fini del riconoscimento delle competenze previste dalla direttiva 2005/36/CE, modificata dalla direttiva 2013/55/CE. Bruxelles, Aprile 2015.
8. Ministero della Salute. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale anno 2019. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN. Available at:
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3073_allegato.pdf
9. Tangianu F et al. Complessità, caos e ragionamento clinico. QUADERNI - Italian Journal of Medicine. 2020; volume 8(1):81-90
10. Nardi R, Nozzoli C, Berti F, et al. Prognostic value for mortality of the new FADOI-COMPLIMED score(s) in patients hospitalized in medical wards. PLoS One. 2019 Jul 24;14(7)
11. Bonizzoni E, Gussoni G, Agnelli G, et al. The complexity of patients hospitalized in Internal Medicine wards evaluated by FADOI-COMPLIMED score(s). A hypothetical approach. PLoS One. 2018 Apr 16;13 (4)13
12. Bertoncini F, Gatta C, Pentella G. Nursing clinical competence in area medica QUADERNI - Italian Journal of Medicine. 2018; volume 6(5):1-83

13. Gambacorta M, Montagnani A, Gnerre P. Risultati di una survey sulla complessità promossa da FADOI. Quaderni Italian Journal of Medicine. 2015; 3(1): 499-612
14. Aiken LH, Sloane DM, Bruynell L, et al. RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet. 2014; 383: 1824-30.
15. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job satisfaction. JAMA. 2002; 288: 1987-93.
16. Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, et al. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. Med Care. 2011; 49(12): 1047–53.
17. Società Italiana per la Direzione e il Management delle Professioni Infermieristiche. Raccomandazioni per la determinazione dello “staff” per l’assistenza infermieristica. Raccomandazione Maggio 2021 rev. 0. Available at: <https://www.sidmi.it/wp-content/uploads/2021/05/RACCOMANDAZIONI-STAFF-Professioni-Infermieristiche-MAGGIO-2021-SIDMI-rev-1.0.docx-DEF.pdf>.
18. Manthey M. La pratica del primary nursing. Il pensiero scientifico editore: Roma. 2008.
19. Dal Molin A, [Gatta C](#), [Boggio Gilot C](#), et al. The impact of Primary Nursing care pattern: results from a before - after study”. [J Clin Nurs](#). 2018 Mar;27(5-6):1094-1102.
20. Ferrua R, Nelson JW, Gatta C, et al. The Impact of the Primary Nursing Model on Cultural Improvement: A Mixed-Method Study . Creative Nursing. 2016; 22(4)
21. Bertoncini F., Boggio Gilot C., Gatta C., Croso A. Cambiare si può! Storia di una cambiamento: il Primary Nursing all’ASL di Biella. L’Infermiere. 2016; 6: 14-20.
22. Mwandala T. Roles, Training, and Qualifications of a Case Manager in the Canadian Health Care Industry: A Narrative Review. Prof Case Manag. 2021;26(1):27-33.
23. Arnold S. Case management: An overview for nurses. Nursing. 2019 Sep;49(9):43-45.
24. Brugnolli A, Saiani L. Principi della presa in carico della persona con malattia cronica. Trattato di Medicina e Infermieristica un approccio di cure integrate. Napoli: Sorbona. 2017; XXII – XLIII.
25. Manguzzi B. L’infermiere con competenze avanzate: dal framework ICN alla situazione italiana. Italian Journal of Nursing. 2020; 34: 6 -7.

ALLEGATO

Core competence dell'infermiere con laurea magistrale ad indirizzo clinico in area medica

L'Infermiere con laurea magistrale ad indirizzo clinico per il governo dei processi assistenziali in area medica è un esperto in grado di utilizzare i risultati della ricerca scientifica, lavorare e promuovere il lavoro in team, utilizzare i sistemi informativi, definire piani condivisi con paziente e operatori, orientare e gestire il percorso assistenziale, valorizzare l'autogestione della persona e della famiglia presa in carico (24) in coerenza con i principi delle *'fundamentals of care'*.

Nello specifico deve essere in grado di (25):

- conoscere in modo approfondito quadri clinici complessi tipici dell'area medica;
- erogare assistenza avanzata utilizzando capacità di giudizio, di presa di decisioni e abilità di ragionamento clinico-diagnostico;
- utilizzare strategie avanzate di educazione terapeutica nei casi renitenti;
- progettare modalità innovative per promuovere l'autocura e l'autodeterminazione delle persone assistite;
- eseguire analisi critica di percorsi di ricadute ricorrenti e valutazione della traiettoria di malattia;
- prevenire la disabilità e la perdita dell'indipendenza nelle persone assistite;
- individuare e gestire precocemente le problematiche inerenti alle dimissioni difficili garantendo la continuità delle cure;
- partecipare a valutazioni etiche e deontologiche in team interdisciplinari in casi complessi;
- individuare e valutare outcome sensibili alle cure infermieristiche;
- utilizzare le migliori evidenze per innovare e migliorare l'assistenza;
- integrare la ricerca, la formazione, la leadership e la gestione clinica;
- supervisionare l'inserimento del personale neofita;
- Effettuare consulenze per altri infermieri o professionisti nella gestione di pazienti ad alta complessità.