

Continuità assistenziale e stabilità dell'équipe. L'esperienza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine

Daniele Salmasso, Gianni Borghi, Miria Dal Forno, Paola De Lucia, Ilario Guardini, Donatella Sbaiz, Gastone Mini, Roberta Vesca, Sonia Noacco, Maura Mesaglio

Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia, Udine

INTRODUZIONE

Reclutare e trattenere le risorse infermieristiche è un problema determinato in larga parte dalla carenza, sul mercato, di risorse professionali, che spinge le aziende sanitarie a competere per l'acquisizione di personale (Palese, 2004).

La capacità di attrarre e trattenere gli infermieri è differente nei diversi stati europei, e le ripercussioni di una bassa capacità di formare gli operatori e di mantenerli attivi nella loro professione sono a scapito dei livelli di assistenza erogata nelle aziende sanitarie.

Dai dati pubblicati e riferiti al 2007, si evince che mancano all'appello tra 100.000 e 110.000 infermieri per allineare l'Italia agli altri paesi occidentali. A fine 2007 in Italia la quota di infermieri per 1000 abitanti era circa del 27% inferiore alla media dei paesi OCSE (7/1000 abitanti contro una media OCSE di 9.6/1000). Il nostro Stato si trova agli ultimi posti della classifica seguendo Paesi come Germania (9.9/1000) e Gran Bretagna (10.0/1000) e allontanandosi in maniera significativa dai primi posti dove sono collocate Norvegia e Irlanda rispettivamente con rapporti di 31.9 e 15.5 infermieri per 1000 abitanti (Ministero della salute, 2008; IPASVI, 2010).

Gli incrementi annuali di 7-8.000 infermieri nuovi iscritti all'ordine professionale non sono rassicuranti; considerato che meno di due studenti su 3 del Corso in Infermieristica arrivano alla laurea, occorrerebbe attendere sino al 2022 per assistere ad un allineamento del *gap* con il resto dei paesi occidentali (IPASVI, 2010).

Diverse sono state le soluzioni, adottate dalle istituzioni e dalle aziende, che hanno facilitato il reclutamento

degli infermieri: il passaggio dalla formazione delle scuole regionali all'Università, la definizione di contratti di lavoro flessibili (part-time), la maggiore attenzione verso la salvaguardia dei diritti contrattuali (diritto allo studio, indennità per particolari condizioni di lavoro) e l'introduzione di disposizioni giuridiche a tutela di alcune condizioni (maternità). Se la messa in atto di questi meccanismi ha provocato, nella prima fase applicativa, un trattenimento delle risorse, nel medio-lungo periodo si è creato un depauperamento delle ore lavoro disponibili, proprio a causa dell'utilizzo sistematico degli istituti contrattuali. Ad aggravare la situazione hanno contribuito le ore di lavoro perse a causa del numero sempre maggiore di lavoratori a cui viene riconosciuta un'idoneità fisica condizionata allo svolgimento delle mansioni previste dal profilo lavorativo. Le inidoneità/idoneità parziali sono prevalentemente legate all'invecchiamento della popolazione lavorativa, causato dallo slittamento dell'anzianità di servizio a fini pensionistici.

Di recente, anche a seguito dell'emanazione di linee di indirizzo e criteri per la garanzia e il miglioramento dell'ambiente di lavoro, l'attenzione si sta focalizzando sull'"ambiente di lavoro salubre" essenziale per la qualità e la sicurezza dell'assistenza garantita agli assistiti (RNAO, 2006). L'*International Council of Nurses* (2007) ha recentemente affermato che gli infermieri amano il loro lavoro, ma non l'ambiente in cui esso si svolge.

Un "buon posto di lavoro per gli infermieri" è il luogo ideale per la pratica infermieristica dove è possibile massimizzare la salute e il benessere degli operatori, dove sono perseguiti i migliori *outcome* clinici e le migliori *performances* organizzative (RNAO, 2006). Per sviluppare un ambiente di lavoro salubre, le organizzazioni sanita-

ESPERIENZE

rie a livello internazionale stanno utilizzando le logiche del programma 'Magnet Hospital' (Kramer e Schmalenberg, 1998a; Kramer e Schmalenberg, 1998b): il programma, che nasce negli USA nei primi anni Ottanta, si sviluppa quando alcuni ricercatori (McClure e Hinshaw, 2002) si interrogano sui fattori che caratterizzano alcuni ospedali che si contraddistinguono per la loro capacità di attrarre e trattenere il personale, malgrado la carenza di infermieri (Palese et al., 2008).

Dati i risultati soddisfacenti dell'applicazione di questo modello, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) Santa Maria della Misericordia di Udine ha intrapreso un percorso di trasferimento ed adattamento del modello organizzativo "Magnet Hospital" allo specifico contesto. Di seguito vengono descritti l'esperienza applicativa e i risultati raggiunti.

MATERIALI E METODI

Obiettivi

L'esperienza di trasferimento ed adattamento del modello "Magnet Hospital", definito "Progetto per un buon posto di lavoro", aveva lo scopo di creare un ambiente di benessere lavorativo in grado di assicurare agli infermieri maggiori opportunità di soddisfazione lavorativa, autonomia, esercizio della *leadership* clinica, efficacia nella comunicazione, integrazione multidisciplinare, sviluppo professionale e implementazione delle competenze cliniche ed organizzative; a seguito di tali esiti, nell'organizzazione erano attesi una riduzione dei tassi di *turnover*, dell'*intention to leave*, ovvero della volontà dei professionisti ad abbandonare la professione/il lavoro, dell'assenteismo e della mobilità degli infermieri verso altre aziende.

Metodologia

Il progetto è stato realizzato in diverse fasi.

- a) **Prima fase.** Analisi ed adattamento al contesto delle 14 forze del magnetismo (Palese et al., 2008) identificando 5 aree (forze) riassuntive dei principali concetti che definiscono il modello nel suo costrutto originale; tale fase ha visto la costituzione di un *team* di progetto composto dalla Direzione delle Professioni Sanitarie e da un gruppo di professionisti rappresentativi dei diversi profili professionali dell'area sanitaria.
- b) **Seconda fase.** Elaborazione del "Piano delle azioni – Per un buon luogo di lavoro – (Magnet Hospital)", a

valenza quadriennale, ovvero di un documento che considerava ciascuna forza adattata al contesto e che comprendeva obiettivi, azioni, *timing*, responsabilità e indicatori di valutazione dei processi e degli esiti.

- c) **Terza fase.** Condivisione del progetto con la Direzione Strategica ed inserimento dello stesso nel piano di sviluppo triennale aziendale 2007-2009; a ciò è seguita la diffusione e il coinvolgimento di tutti i coordinatori infermieri, tecnici e di area riabilitativa dell'azienda.
- d) **Quarta fase.** Realizzazione di una serie di conferenze rivolte a tutto il personale del comparto (19 edizioni per un totale di almeno 2000 partecipanti) allo scopo di diffondere il progetto, spiegare le ragioni del suo sviluppo ed esplicitare i risultati attesi. Una sintesi del progetto è stata messa a disposizione del personale dell'azienda.

RISULTATI

Adattamento del modello

Il processo di adattamento ha portato ad una semplificazione del modello originale (14 forze del Programma Magnet Hospital), individuando in 5 forze quelle ritenute aree di intervento prioritario, pertinenti ed applicabili al contesto che riguardavano:

1. Il supporto organizzativo all'assistenza infermieristica
2. L'autonomia professionale
3. La comunicazione interprofessionale
4. La qualità del lavoro
5. Lo sviluppo professionale

Nella Tabella 1 sono riportate le 14 forze originali del modello 'Magnet Hospital' e quelle emerse dal processo di adattamento.

Sviluppo progettuale

Per ciascuna delle 5 forze sono stati sviluppati progetti specifici.

1. **Supporto organizzativo all'assistenza infermieristica:** la finalità era di guidare e sostenere il cambiamento, e di bilanciare i valori della professione con le priorità assistenziali ed organizzative;
 - a) rafforzare la *Leadership* per mettere in evidenza non solo gli aspetti di competenza manageriale, quanto per far emergere la competenza clinica di base (infermieri clinici) e le competenze avanzate nell'assistenza (infermieri specialisti);

Tabella I - I 14 punti di forza degli ospedali magnete.

I 14 punti di forza del magnetismo
Punto di forza 1: Qualità della leadership infermieristica
Presenza di un leader infermieristico a capo dell'organizzazione infermieristica, che aiuta a definire una filosofia assistenziale, a difendere e sostenere il personale infermieristico.
Punto di forza 2: Struttura organizzativa
Decentramento della decisionalità a livello di unità operativa, forte rappresentanza infermieristica nella struttura organizzativa. La direzione infermieristica è coinvolta nelle decisioni a livello di vertice e strategico.
Punto di forza 3: Stile del management
Stile di management partecipativo a tutti i livelli dell'organizzazione. Gli infermieri occupano posizioni dirigenziali visibili, accessibili e sono in grado di comunicare efficacemente con il personale.
Punto di forza 4: Politiche e programmi per la gestione personale
Coinvolgimento degli infermieri nella definizione delle politiche e dei programmi per la gestione del personale, quali: stipendi competitivi, riduzione della mobilità interna, uso creativo e flessibile delle dotazioni organiche, promozioni.
Punto di forza 5: Modello professionale di assistenza
I modelli professionali di assistenza sono definiti "modelli che danno all'infermiere la responsabilità e l'autorità per pianificare l'assistenza". Gli infermieri sono responsabili del loro operato e coordinatori dell'assistenza.
Punto di forza 6: Qualità dell'assistenza
Un ambiente in cui si può fornire assistenza di alta qualità. La qualità deve essere una priorità dell'organizzazione e gli infermieri percepiscono questa spinta alla qualità: qualità delle infrastrutture e dei processi, sicurezza del paziente, eticità della pratica, <i>evidence based nursing</i> e ricerca.
Punto di forza 7: Qualità del miglioramento
Il miglioramento della qualità come strategia educativa. "Gli infermieri che partecipano al miglioramento della qualità sviluppano conoscenze, abilità e metodi di lavoro innovativi che a loro volta producono miglioramento della qualità dell'assistenza".
Punto di forza 8: Consulenze e risorse
Vengono messe a disposizione risorse per incentivare gli infermieri a diventare esperti e ad offrire consulenze ai colleghi sia del reparto che di altri reparti.
Punto di forza 9: Autonomia
Viene promossa l'autonomia stimolando gli infermieri a specializzarsi in aree specifiche, a frequentare attività di educazione continua, a sostenere il loro punto di vista e le loro scelte.
Punto di forza 10: Ospedale e Comunità
Gli infermieri dell'ospedale promuovono iniziative nella comunità (ad esempio campi scuola per pazienti diabetici; visite nelle scuole superiori per incoraggiare i giovani a scegliere la professione di infermiere). Questa strategia rafforza l'immagine dell'ospedale e della professione infermieristica.
Punto di forza 11: Infermieri come insegnanti
Gli infermieri sono autorizzati a insegnare come parte dell'assistenza; è un'attività che dà molta soddisfazione professionale, pertanto vengono stimolati ad insegnare al personale di supporto, agli studenti, ai colleghi, agli utenti.
Punto di forza 12: Immagine della professione infermieristica
Gli infermieri sono considerati indispensabili ed essenziali per l'assistenza.
Punto di forza 13: Relazioni interdisciplinari
Reciproco rispetto tra tutte le discipline.
Punto di forza 14: Sviluppo professionale
Viene data molta importanza alla formazione permanente, alla formazione sul campo, allo sviluppo di carriera clinica basato sulle competenze.

ESPERIENZE

- b) definire le priorità assistenziali considerando il rapporto tra evoluzione quali-quantitativa della domanda e risorse disponibili.
2. **Sviluppo professionale:** la finalità era di creare una cultura a supporto dello sviluppo e dell'integrazione delle conoscenze;
 - a) supportando e valutando il personale neo-assunto;
 - b) identificando le competenze cliniche *core* per ogni *setting* assistenziale;
 - c) sostenendo lo sviluppo della disciplina infermieristica e l'integrazione con gli altri professionisti.
3. **Autonomia professionale:** definendo gli esiti sensibili alle cure infermieristiche (*nursing outcome*) ed i meccanismi che li determinano.
4. **Comunicazione interprofessionale:** la finalità era di sviluppare alleanza clinica (sui progetti diagnostici, terapeutici, assistenziali dei pazienti) e con i clinici nei processi decisionali.
5. **Aumentare la qualità complessiva del lavoro.**

DISCUSSIONE

Il percorso di adattamento

L'esperienza descritta e conclusa nel 2009 presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine documenta un processo di adattamento e trasferimento delle migliori evidenze disponibili per far diventare un ospedale un "buon posto di lavoro per gli infermieri". La contestualizzazione delle forze dal modello originale si è resa necessaria a causa della diversa struttura organizzativa, delle norme e delle logiche che derivano dagli orientamenti del Servizio Sanitario Nazionale rispetto a quelle statunitensi, dove il modello è nato e si è diffuso. Le 14 forze originali sono state ricomprese in 5: tale operazione ha probabilmente dei limiti determinati da una conoscenza del modello *Magnet Hospital* mediata esclusivamente dalla letteratura (il *team* di progetto non è stato guidato da un operatore che ha applicato il modello originale come avviene, per esempio, per i processi di accreditamento), da un'attenzione costante alle esigenze locali ed alle evidenze disponibili che, se da una parte costituiscono una buona modalità di adattamento, dall'altra potrebbero aver stimolato l'individuazione esclusiva delle attività praticabili nello specifico ambiente di lavoro. Va, tuttavia, evidenziato che il progetto ha mantenuto un'elevata coerenza perché l'aver coinvolto in maniera complessiva e sistemica i professionisti corrisponde al perseguimen-

to della filosofia di fondo del modello '*Magnet Hospital*', ispirato ad una partecipazione diffusa del personale ai processi decisionali. Sono state ridefinite dal gruppo di lavoro anche le denominazioni delle forze per renderle congruenti alla prospettiva professionale, al contesto ed ai rapporti con altri operatori. Inoltre, diversamente da quanto documentato nel modello originale, l'esperienza realizzata ha attivato il coinvolgimento di tutte le professioni dell'area sanitaria con la finalità di realizzare un progetto di 'sistema'. Nell'esperienza statunitense, invece, il modello è progettato per valorizzare la componente infermieristica su cui gli effetti sono prioritariamente misurati.

Per verificare la validità delle forze emerse, sarebbe interessante attivare processi di *benchmarking* con altre aziende che ritengono utile un'applicazione del modello adattato al fine di valutare il livello di sviluppo operativo e gli esiti che possono essere conseguiti nel tempo.

Esiti e limiti

I risultati misurati riguardano prevalentemente indicatori di processo.

Nell'arco del triennio 2007-2009, i professionisti sono stati impegnati nella produzione di strumenti di supporto all'attività clinica e gestionale (ad esempio, politiche, protocolli, procedure), hanno collaborato all'attivazione di progetti di area clinica (ad esempio continuità delle cure, piani per l'attività chirurgica, percorsi diagnostico terapeutici) e di area gestionale (ad esempio *Middle Management meetings*, piani di lavoro correlati agli obiettivi di budget). In totale, per le 5 forze considerate sono state attivate e in parte concluse:

- 18 azioni/progetti per l'area di supporto organizzativo all'assistenza;
- 8 azioni/progetti per l'area dell'autonomia professionale;
- 6 azioni/progetti per l'area della comunicazione/integrazione;
- 4 azioni/progetti per l'area della qualità;
- 4 azioni/progetti per l'area dello sviluppo professionale.

La misurazione dei risultati che derivano dall'applicazione degli strumenti e dei processi, richiede lo sviluppo di ulteriori indicatori specifici e un monitoraggio a lungo termine per verificare gli esiti relativamente:

- alla capacità di *empowerment* dei professionisti, considerando gli elementi definenti le forze (leadership, autonomia professionale, comunicazione, qualità e sviluppo professionale);

- al miglioramento delle condizioni di salute (inteso come adattamento/recupero funzionale e cognitivo, mantenimento/recupero di autonomia, ecc.) negli assistiti nell'ambito dei processi clinici che li vedono coinvolti.

Sono in fase di monitoraggio indicatori di esito più consistenti come, ad esempio, il livello di affaticamento del personale e di efficienza gestionale (monte ore/giorni ferie anni precedenti non goduti, giorni di malattia procapite), o il livello di malessere (ad esempio numerosità delle richieste per mobilità interna, esterna o di dimissioni volontarie). Sono monitorate anche le opportunità di formazione e di perfezionamento professionale degli infermieri. Va tuttavia precisato che nella valutazione finale degli esiti si dovranno considerare numerosi confondenti e l'impossibilità di completo controllo delle variabili individuali, organizzative ed esterne che incidono nel determinare un buon ambiente di lavoro.

CONCLUSIONI E IMPLICAZIONI PER IL FUTURO

Il percorso innovativo realizzato, pur considerando i limiti descritti e i possibili confondenti, rappresenta un buon livello di adattamento al contesto organizzativo in studio delle migliori evidenze disponibili nella letteratura manageriale. Non sono documentate in Italia esperienze sovrapponibili di adattamento o di utilizzo integrale del modello *'Magnet Hospital'*, che sembra assicurare esiti organizzativi, professionali e clinici migliori e la cui chiave

di successo è l'insieme delle forze che mirano a far divenire l'ospedale "un buon posto di lavoro".

Misurare nel tempo gli effetti di tale modello in termini di capacità dell'azienda di reclutare più facilmente il personale infermieristico e di trattenerlo, costituirà un momento importante di validazione dell'adattamento operato sul modello e del suo trasferimento nel contesto italiano.

BIBLIOGRAFIA

Kramer M, Schmalenberg C. Magnet Hospitals: Part.I. Institutions of excellence. *J Nurs Adm* 1988a;18(1):13-24.

Kramer M, Schmalenberg C. Magnet Hospitals: Part.II. Institutions of excellence. *J Nurs Adm* 1988b;18(2):11-9.

McClure ML, Hinshaw AS. Magnet Hospital Revisited: attraction and retention of Professional Nurses. Washington DC: American Nurses Publishing, 2002.

Ministero della Salute. I numeri dell'emergenza infermieristica [on line]. 14 febbraio 2008; ultimo accesso giugno 2010.

IPASVI. L'infermiere, notiziario aggiornamenti professionali, anno LIV, n. 5-6 dic. 2010.

Palese A, De Lucia P, Lavia B, Deroma L. Magnet Hospitals: accreditamento, basi razionali, diffusione ed esiti organizzativi. *MECOSAN* 2008;67:105-14.

Palese A. L'evoluzione della carenza di infermieri in dieci aziende sanitarie a due anni dalla prima rilevazione. *MECOSAN* 2004;14(51):93-100.

RNAO 2006 Linee Guida di Miglior Pratica per gli Ambienti di Lavoro Sanitari.