

Susan Wessel · Marie Manthey

# Primary Nursing

**Assistenza infermieristica  
centrata sulla relazione  
con la persona assistita**



CASA EDITRICE AMBROSIANA

Susan Wessel · Marie Manthey

# Primary Nursing

**Assistenza infermieristica  
centrata sulla relazione  
con la persona assistita**

*Edizione italiana a cura di*

**Luisa Anna Rigon**

Fondatore, Presidente e Direttore Scientifico di Formazione in Agorà  
Scuola di Formazione alla Salute di Padova

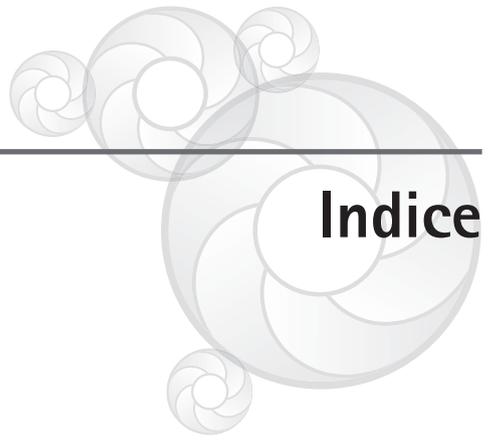
*con la collaborazione di*

**Melania Nocente**

Infermiera Clinica U.O. Cardiocirurgia, Terapia Intensiva Post-Operatoria  
Azienda Ospedaliera di Padova  
Docente al Master di “L’infermiere Case Manager”  
Università degli Studi di Padova



CASA EDITRICE AMBROSIANA



---

# Indice

Presentazione dell'edizione italiana  
Ringraziamenti

XIII  
XIX

## **PARTE I** **Perché il Primary Nursing**

Il Primary Nursing è la via più diretta verso una migliore esperienza assistenziale sanitaria	3
Impatto del Primary Nursing sulla cultura dell'unità operativa	5
Impatto del Primary Nursing sulla sicurezza della persona assistita	5
Il Primary Nursing come rifugio sicuro per le persone assistite e le loro famiglie	6
Relazione infermiere-medico, professionalità e sostegno (advocacy)	6
Il Primary Nursing è più semplice degli altri modelli organizzativi infermieristici	7
Impatto del Primary Nursing sulle persone assistite e le loro famiglie	8

### **Capitolo 1**

#### **Le oscillazioni storiche dell'autonomia dell'infermiere** 13

*Marie Manthey*

L'assistenza infermieristica oscilla storicamente tra attività per compiti e cure basate sulla relazione	16
La goccia che fece traboccare il vaso	21
E il pendolo continua a oscillare...	24
L'alleanza dell'infermiere e dell'assistenza infermieristica con la società	25

## **PARTE II**

### **Come implementare il Primary Nursing**

#### **Capitolo 2**

#### **Comprendere il Primary Nursing** 31

Che cos'è il Primary Nursing?	32
Risultati ottenuti con l'adozione del Primary Nursing	34

Un impegno costante verso il decentramento delle decisioni	35
Cure Basate sulla Relazione	37
I quattro elementi che definiscono i modelli organizzativi assistenziali	39
Responsabilità decisionali e relazionali	41
Ripartizione del lavoro e assegnazione delle persone assistite	41
Comunicazione tra i componenti del team assistenziale	42
Filosofia della direzione e della leadership	42
I sistemi organizzativi sono diversi dai modelli organizzativi assistenziali e dai modelli clinici	43
Il Primary Nursing e i sei ruoli professionali	45
<i>Sentinella</i>	45
<i>Maestro</i>	46
<i>Guaritore</i>	46
<i>Collaboratore</i>	46
<i>Guida</i>	46
<i>Leader</i>	47
Riassunto dei punti chiave	47
Domande per la riflessione	49

### Capitolo 3

#### Preparare l'implementazione: dirigere il cambiamento duraturo

	53
Il cambiamento duraturo inizia con una visione chiara	55
Applicazione: creare la vostra visione del Primary Nursing	55
Definizione degli elementi del modello I <sub>2</sub> E <sub>2</sub>	56
<i>Ispirazione/motivazione</i>	56
<i>Infrastruttura</i>	57
<i>Educazione</i>	59
<i>Evidenza</i>	60
Riassunto dei punti chiave	62
Domande per la riflessione	63

### Capitolo 4

#### Il ruolo del Comitato di Unità Operativa nella progettazione e nell'implementazione del Primary Nursing

	67
Progettazione operativa a livello clinico e supervisione a livello organizzativo	67
<i>Comitati di Unità Operativa (Unit Practice Councils)</i>	67
<i>Comitato di Coordinamento del Primary Nursing (Primary Nursing Coordinating Committee)</i>	70
<i>Pianificazione</i>	70

<i>I principi del Primary Nursing come guida alla pianificazione</i>	71
<i>Estratti dalle schede di lavoro per l'implementazione del Primary Nursing</i>	72
<i>Elemento 1: responsabilità decisionali e relazionali</i>	72
<i>Elemento 2: ripartizione del lavoro e assegnazione delle persone assistite</i>	74
<i>Elemento 3: modalità comunicative dirette</i>	75
<i>Elemento 4: filosofia e focus della direzione e della leadership</i>	77
Sintesi del piano di implementazione dei principi del Primary Nursing	78
Formazione dei colleghi	79
Affinare le misure di risultato	80
Verifiche dei progressi: stimolare la responsabilizzazione e condividere le idee	81
<i>Obiettivi nelle verifiche dei progressi</i>	81
Presentazione del vostro piano	82
<i>Processo di presentazione</i>	82
<i>Struttura della presentazione</i>	83
Prepararsi per l'implementazione: rifinitura conclusiva	84
Il giorno della "prima"	84
Il ruolo del Comitato di Unità Operativa nel sostenere il Primary Nursing	85
Il ruolo del Comitato di Unità Operativa nel dare inizio alla presentazione dei casi clinici	85
Consigli per l'implementazione	86
Riassunto dei punti chiave	87
Domande per la riflessione	88

## Capitolo 5

### Implementazione del Primary Nursing: il ruolo del dirigente (infermiere coordinatore e infermiere dirigente)

Decentramento del processo decisionale	94
Atteggiamento dei componenti del team dirigenziale	96
Responsabilità dei dirigenti	97
Responsabilità del dirigente nel Primary Nursing	97
<i>Principi del management relativi al Primary Nursing</i>	99
Domande di riflessione per sviluppare piano d'azione del dirigente	100
Migliorare gli indicatori di risultato	102
Riunioni sulle verifiche dei progressi	103
Presentazione del vostro programma strategico-gestionale	104
Presentazione dei casi clinici: sviluppare le abilità e la sicurezza degli infermieri nell'essere infermieri referenti	104
Conferire autonomia e responsabilità al vostro team è la chiave del vostro successo	105
Riassunto dei punti chiave	105
Domande per la riflessione	106

## Capitolo 6

### **Come avviene l'adattamento ai principi del Primary Nursing per gli altri professionisti e i servizi di supporto nei diversi dipartimenti**

	109
Esempi dai servizi clinici	110
<i>Farmacia: farmacisti referenti</i>	110
<i>Servizio Sociale: assistenti sociali referenti</i>	112
<i>Fisiopatologia respiratoria: terapeuta referente</i>	112
Esempi dai servizi di supporto	113
<i>Servizio di sterilizzazione: responsabile di collegamento</i>	113
<i>Sicurezza dell'ospedale: responsabile di collegamento</i>	114
<i>Adopt-A-Unit</i>	114
Riassunto dei punti chiave	115
Domande per la riflessione	115

## Capitolo 7

### **Relazioni terapeutiche: l'essenza del ruolo dell'infermiere referente**

	119
Le quattro modalità che creano relazioni terapeutiche	120
1 – <i>Sintonizzarsi</i>	121
2 – <i>Chiedere</i>	122
3 – <i>Seguire</i>	123
4 – <i>Proteggere</i>	123
Il Primary Nursing e i confini terapeutici	125
Storia di una relazione terapeutica, costruita da un'infermiera referente, raccontata attraverso il sintonizzarsi, il chiedere, il seguire e il proteggere	126
La combinazione del Primary Nursing con le relazioni terapeutiche	128
Riassunto dei punti chiave	129
Domande per la riflessione	130

## PARTE III

### **Best practice e strategie di mantenimento**

## Capitolo 8

### **Come funziona nella realtà: le best practice raccontate da infermieri referenti di successo**

	135
Modalità di assegnazione che promuovono la continuità infermiere-persona assistita	136
Presentazione e spiegazione del Primary Nursing alla persona assistita e alla sua famiglia	139

Azioni che rinforzano il ruolo dell'infermiere referente per le persone assistite e le loro famiglie	140
Ruolo e importanza degli infermieri associati	142
Utilizzo della documentazione sanitaria elettronica a sostegno del Primary Nursing	143
Collaborazione interdisciplinare e passaggio delle comunicazioni	144
Quando la cura delle persone assistite comporta un costo emotivo	146
Essere pronti ad adattarsi continuamente	147
Ottenere il coinvolgimento del team	148
Domande per la riflessione	150

## Capitolo 9

### **Il team di professionisti nel Primary Nursing** 153

Vantaggi delle assegnazioni utilizzando coppie di professionisti che lavorano insieme in modo occasionale (pair) o stabile (partner)	154
I principi della delega	157
<i>I cinque doveri della delega</i>	158
Riassunto dei punti chiave	158
Domande per la riflessione	159

## Capitolo 10

### **Le best practice per sostenere e approfondire il Primary Nursing** 163

Le migliori strategie manageriali per supportare e rinforzare il Primary Nursing	165
--	-----

### Epilogo

<b>Il messaggio oltre le parole "Io sono il tuo infermiere referente"</b>	169
---	-----

## APPENDICI

### Appendice A

<b>Confronto tra quattro modelli di erogazione dell'assistenza in relazione ai quattro elementi costitutivi del Primary Nursing</b>	177
---	-----

### Appendice B

<b>Condurre gli altri alla leadership e alla responsabilità: come gli infermieri dirigenti possono sostenere la governance condivisa (senza assumerne il controllo)</b>	179
<i>Gen Guanci, MED, RN-BC, CCRN-K</i>	

### Appendice C

<b>Schede di lavoro del Comitato di Unità Operativa per la pianificazione del Primary Nursing</b>	182
---	-----

<b>Appendice D</b>	
<b>Esempio di tabella assistenziale per il Primary Nursing</b>	198
<b>Appendice E</b>	
<b>Impegno verso i miei colleghi®.</b>	
<b>Questionario di valutazione per team sanitari</b>	199
<b>Appendice F</b>	
<b>Esempio di presentazione di un caso clinico</b>	201
<b>Appendice G</b>	
<b>Schede di lavoro per orientare il ruolo del dirigente nel Primary Nursing</b>	204
<b>Appendice H</b>	
<b>Questionario alla dimissione al fine di raccogliere dati sul Primary Nursing</b>	210
Bibliografia	211
Indice analitico	213



---

# Presentazione dell'edizione italiana

*“Io sono responsabile”,  
“Io mi prendo cura di lei”,  
“Io sono il suo infermiere referente”...*

... queste sono le frasi che delineano il modello organizzativo del Primary Nursing fondato e strutturato da **Marie Manthey**.

La “voce della cura” come etica, filosofia morale e come espressione antropologica della relazione persona assistita-persona infermiere che assiste, entrambi nel loro essere vulnerabili, dipendenti e nella loro finitudine.

La “voce della cura”, come sottolinea Held (2006, *The Ethics of Care. Personal, Political, and Global*, Oxford University Press, New York), si riconosce nella *pratica* del **prendersi cura e aver cura** e nel *valore* intrinseco di virtù, sollecitudine, capacità di attenzione, sensibilità, concretezza delle relazioni e attitudine ad assumersi la responsabilità di rispondere ai desideri e ai bisogni di salute della persona assistita.

E proprio nella logica organizzativa dei sistemi di salute, in cui l’umanizzazione, l’efficacia e l’efficienza, la qualità, la trasparenza, la sicurezza, il diritto di scelta, la partecipazione, la chiarezza e la cortesia, l’informazione, l’eguaglianza, l’imparzialità e la continuità delle cure sono determinanti imprescindibili a cui tendere con eccellenza al fine di fare il bene in virtù dello stesso che il Primary Nursing rappresenta il modello assistenziale che dà completa espressione alla “voce della cura” e restituisce dignità, rispetto alla persona assistita, che chiede, in assoluto, di essere vista come una persona, nella pienezza della comprensione e dell’esperienza umana (Mancuso, 2017, *Il bisogno di pensare*, Ed. Garzanti).

Questo testo rappresenta una descrizione storica ed esperienziale di come il modello voluto da Marie Manthey è stato pensato, delineato e inserito nel contesto operativo di diverse realtà ospedaliere e sanitarie americane.

In Italia esistono già da alcuni anni delle interessanti e innovative esperienze assistenziali in cui gli infermieri hanno adottato il Primary Nursing garantendo alle persone assistite un'assistenza infermieristica personalizzata attraverso i 4 elementi caratteristici del modello:

- l'accettazione della responsabilità (*responsability*) personale nel prendere decisioni;
- l'assegnazione dell'assistenza quotidiana secondo il metodo dei casi;
- la comunicazione diretta da persona a persona;
- la responsabilità (*accountability*) 24 ore/24 sui risultati per tutta la degenza della persona in una unità operativa o in un setting assistenziale.

Il concetto chiave che guida tutto il testo è la “**visione della persona**” nella sua bellezza, eccellenza e unicità.

Ed è proprio nel comprendere le “*sfumature*” dei desideri, dei sogni e dei bisogni assistenziali che caratterizzano le persone assistite e le loro famiglie, che il professionista infermiere, accogliendo in modo competente, come un **sacro privilegio**, la ricchezza del loro **vissuto esperienziale/emozionale narrato**, *garantisce cure costanti e continue, sensibili e responsive*.

La *voce della cura narrata* in prima persona all'interno del testo dalle persone assistite e dalle loro famiglie evoca la forza indissolubile e la chiara e limpida immagine del successo del modello organizzativo del Primary Nursing.

La *voce della cura narrata* diventa espressione sonora di un tacito, recondito bisogno di sentirsi accolti, compresi, rispettati, valorizzati, di una tacita capacità di consapevole fiducia nel sapersi **fidare e affidare** ai professionisti infermieri.

Le *trame e gli orditi della relazione di cura*, concetti trasversali caratterizzanti le relazioni dei professionisti della salute con le persone assistite e le loro famiglie, ma anche tra i professionisti stessi e il team di lavoro e soprattutto la relazione del professionista sanitario con se stesso, rappresentano gli elementi fondanti il **Paradigma/Archetipo delle Cure Basate sulla Relazione (CBR)** le quali garantiscono il substrato funzionale per definire e determinare il Primary Nursing.

Questo nuovo paradigma del CBR rappresenta un cambiamento culturale nell'ambito della salute, ampliando la visione di alcuni elementi strutturali dell'organizzazione, ri-

disegnando il concetto della leadership e proponendo la filosofia di una **leadership trasformazionale**, che diventa nel Primary Nursing espressione di un leader che si assume la responsabilità a tutti i livelli dell'organizzazione – utilizzando tra l'altro il **decentramento** della responsabilità – con una tensione positiva e proattiva a garantire i risultati di salute.

Gli **obiettivi generali** del testo sono:

1. declinare il modello del Primary Nursing in tutti i suoi aspetti, con attenzione a descrivere l'operatività e i risultati che l'assistenza personalizzata basata sulla relazione garantisce alle persone assistite e alle loro famiglie;
2. offrire una “carta geografica” metodologica che orienti e guidi i professionisti infermieri nell'adozione del modello, nell'analisi accurata dei punti di forza e delle opportunità che lo stesso offre, nonché degli elementi di criticità che il team si troverà ad affrontare grazie all'esperienza oramai consolidata da molti anni da parte delle autrici.

Gli **obiettivi specifici** del testo sono:

1. offrire una visione complessiva del modello di Primary Nursing;
2. attuare una modalità di pianificazione e progettazione del Primary Nursing nei vari ambiti e setting;
3. analizzare i diversi ruoli dell'infermiere dirigente e dell'organizzazione stessa;
4. approfondire l'essenza del ruolo dell'infermiere referente e dell'infermiere associato.

Gli **obiettivi didattici** del testo sono caratterizzati dal:

1. favorire l'apprendimento del modello di assistenza personalizzata del Primary Nursing nella sua ortodossia e operatività;
2. accrescere le conoscenze per una corretta implementazione organizzativa a tutti i livelli;
3. favorire i riscontri sistematici del successo del modello del Primary Nursing attraverso la risposta a domande strutturate che orientano i professionisti in ogni fase, da quella organizzativa a quella prettamente clinico-assistenziale.

Il testo si compone di una **parte introduttiva**, **10 Capitoli**, **8 Appendici** e un **Epilogo**.

I capitoli sono così articolati:

- La **prima parte introduttiva** descrive le riflessioni dei professionisti sanitari sul **PERCHÉ** attuare il Primary Nursing e quanto l'operatività del modello di Primary Nursing ha impattato a livello emozionale sia sui professionisti della salute sia sulle persone assistite e le loro famiglie.
- Nel **Capitolo 1** le autrici analizzano l'exkursus storico dell'autonomia dell'infermiere e quanto il futuro dell'assistenza infermieristica si basa sulle Cure Basate sulla Relazione (CBR).
- Il **Capitolo 2** definisce ed analizza il modello organizzativo del Primary Nursing e gli elementi che lo caratterizzano.
- I **Capitoli 3, 4, 5** descrivono la preparazione organizzativa al fine di attuare l'implementazione del modello, il ruolo degli Unit Practice Councils (UPC), ovvero i Comitati di Unità Operativa (CdUO) e i ruoli degli infermieri dirigenti per guidare il processo.
- Nel **Capitolo 6** vengono riportati esempi dell'impatto del modello del Primary Nursing nelle unità operative e all'interno dei team .
- Nel **Capitolo 7** vengono analizzate la relazione terapeutica e le relative capacità intrinseche, le caratteristiche personali dei professionisti e l'essenza del ruolo dell'infermiere referente.
- Il **Capitolo 8** presenta la descrizione delle best practice presenti nella quotidianità assistenziale raccontate da infermieri referenti che utilizzano il modello del Primary Nursing.
- I **Capitoli 9 e 10** analizzano i ruoli del team sanitario, il principio della delega e le strategie per sostenere e rinforzare il modello del Primary Nursing.
- Le **Appendici** sono strettamente collegate alle diverse tematiche affrontate nei capitoli e rappresentano una vera e propria guida nell'implementazione del modello del Primary Nursing; inoltre, grazie a tabelle riassuntive con domande e schemi, orientano il lettore al corretto "*sentire*" operativo per un'assistenza personalizzata unica e autentica nei confronti delle persone assistite e delle loro famiglie.
- L'**Epilogo** narra come la frase "IO SONO IL VOSTRO INFERMIERE REFERENTE" risuona nelle persone assistite, nei professionisti ma anche dentro se stessi a livello personale.

L'edizione italiana del testo è stata arricchita con numerose note delle curatrici finalizzate a:

- inquadrare gli argomenti trattati nell'ambito della realtà normativa e clinica del nostro Paese;
- fornire spiegazioni inerenti gli aspetti della realtà statunitense meno noti ai lettori italiani;
- chiarire alcune scelte terminologiche effettuate nel corso della traduzione.

Il testo "*Primary Nursing-Assistenza infermieristica centrata sulla relazione con la persona assistita*" descrive nelle sue oltre 200 pagine l'evoluzione di un modello assistenziale attento a garantire il benessere delle persone assistite, enfatizzando le potenzialità della relazione come strategia di guarigione delle vulnerabilità. Declina inoltre gli aspetti strategici, tattici e gli strumenti operativi per progettare, programmare, realizzare e adottare il modello negli ambiti della pratica clinica.

Questo testo ha come **destinatario** la **comunità infermieristica italiana** che nella sua **unicità** si compone di:

- **studenti infermieri** che *scelgono* di intraprendere una professione densa e ricca non solo di contenuti ma soprattutto di **valori umani** non negoziabili quali il rispetto, l'uguaglianza, la personalizzazione dell'assistenza, la trasparenza, la valorizzazione di ogni persona garantendo la partecipazione proattiva dell'utente e della famiglia;
- **infermieri clinici** che ogni giorno *scelgono* di dedicare il proprio tempo-vita personale e professionale con **coraggio** perché non venga meno la fiducia e la forza pur nella fragilità del vivere e che, con le loro intelligenze, le loro emozioni e le loro *mani sapienti*, si affiancano e accompagnano le persone nel loro cammino quotidiano pur tra mille complessità e difficoltà, mantenendo lo sguardo fisso sul **valore salute** e benessere della persona in funzione delle sue necessità;
- **infermieri coordinatori e dirigenti** che ogni giorno *scelgono* di dedicare il proprio tempo-vita personale e professionale con **determinazione** perché non venga meno la valorizzazione e la gestione delle risorse umane, al fine di perseguire l'efficacia e l'efficienza nell'organizzazione delle attività assistenziali, facendo delle Cure Basate sulla Relazione il sistema organizzativo virtuoso aziendale, del decentramento il focus di una leadership illuminata e della adozione di modelli di assistenza personalizzata quali il Primary Nursing il dispiegarsi operativo dell'assistenza;

- **infermieri docenti e ricercatori** che ogni giorno *scelgono* di dedicare il proprio tempo-vita personale e professionale con **passione** perché *il sapore di sapere e il sapere con sapore* percorrano le vie della conoscenza, della consapevolezza e della ricerca di concetti antichi e di sempre nuove ipotesi da esplorare e che si spera siano davvero utili a illuminare le menti e a dare concretezza alle mani.

Il Primary Nursing per ciascuno e per tutti questi lettori possa diventare un momento di crescita, di riflessione, di nuove intuizioni e di nuove significative esperienze umane e professionali.

Con profonda gratitudine, infine, come un dono, fortemente voluto e desiderato, dedichiamo questo libro alle persone incontrate nella nostra vita professionale, perché con la grazia, la bellezza del loro esempio e il loro sostegno ci hanno aiutato a essere persone migliori.

Il “*futuro dell’assistenza infermieristica*”, come affermano le autrici di questo libro, è ora nelle nostre mani.

***“Io sono un infermiere.  
Io sono responsabile e mi prendo cura di te”***

*Luisa Anna Rigon  
Melania Nocente*

**Dott. ssa Luisa Anna Rigon**

*Infermiere, Assistente Sanitario, Infermiere Insegnante Dirigente*

*Laurea in Infermieristica, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche*

- Fondatore, Presidente e Direttore Scientifico di Formazione in Agorà, Scuola di Formazione alla Salute di Padova

**Dott.ssa Melania Nocente**

*Infermiere, Laurea in Infermieristica*

*Master Universitario 1° livello in “Infermiere Case Manager”*

- Infermiera Clinica U.O. Cardiocirurgia, Terapia Intensiva Post-Operatoria Azienda Ospedaliera di Padova
- Docente al Master di “L’infermiere Case Manager” – Università degli Studi di Padova

---

---

# **PARTE I**

## **Perché il Primary Nursing**

---

---

## Il Primary Nursing è la via più diretta verso una migliore esperienza assistenziale sanitaria

Nel momento in cui abbiamo iniziato a scrivere questo testo, siamo rimaste colpite dalla grande differenza tra ciò che significa scrivere in merito a un modello di erogazione dell'assistenza solo una decina di anni dopo la sua ideazione e scrivere rispetto allo stesso modello dopo che è stato adottato non solo in maniera adeguata, ma anche con bellezza e con successo, in tutto il mondo, negli ultimi quattro decenni. Non è più necessario consumare inchiostro per dissipare le false convinzioni e i malintesi relativi al Primary Nursing. Se il valore di questo modello di erogazione dell'assistenza costituisce ancora un mistero per coloro che non lo hanno sperimentato in prima persona, rappresenta invece un miracolo per le centinaia di persone che ne hanno fatto esperienza.

Il Primary Nursing è nato in seguito all'insoddisfazione professionale di un gruppo di infermiere che iniziarono a osservare in modo critico come il modello per compiti e quello per piccole équipes fossero progettati per soddisfare le esigenze di coloro che erogavano le cure e di coloro che le supervisionavano, e non per i bisogni delle persone assistite e delle loro famiglie. Questo illuminato gruppo di infermiere, grazie a un'intuizione collettiva, aveva compreso non solo che le persone assistite e le loro famiglie non stavano ricevendo ciò di cui avevano bisogno – ovvero la certezza che una persona intelligente e capace aveva accettato la responsabilità di prendersi cura di loro – ma anche che stavano lavorando in un ambiente dove i modelli e i processi che definivano le attività nell'unità operativa impedivano loro di essere visibili come professioniste e di accettare la responsabilità di qualcosa che andasse oltre il semplice seguire delle procedure e dei protocolli.

Non sapremo mai con esattezza quanti infermieri dissero: “Non è giusto”, prima che questo piccolo gruppo di infermiere organizzasse un incontro fuori dall'orario di lavoro decretando di fatto la nascita del Primary Nursing.

Il mondo dell'infermieristica cambiò leggermente, ma in maniera inesorabile, il giorno in cui un gruppo di infermiere dell'unità operativa 32 dell'ospedale universitario del Minnesota (University of Minnesota Hospital) disse a Marie Manthey che voleva provare una nuova modalità di garantire l'assistenza infermieristica. Marie acconsentì, correndo il rischio. E fu abbastanza saggia da prevedere la collaborazione di esperti che avrebbero studiato il nuovo metodo di erogazione dell'assistenza, misurato, monitorato e valutato il suo impatto fin dall'inizio. Era nato il Primary Nursing e rapidamente si dimostrò che:

1. non costava di più ovvero non comportava un costo superiore per le strutture in termini economici o di risorse umane;
2. non richiedeva alcun cambiamento di personale o mix di abilità.

Tutti noi abbiamo percorso una lunga strada da allora.

Gli ostacoli che quelle prime infermiere superarono per la progettazione e l'adozione del Primary Nursing vanno al di là di quello che chiunque, implementandolo oggi, possa sperimentare. Tuttavia, quando parliamo con gli infermieri che oggi utilizzano il Primary Nursing, la loro emozione, di fronte alla prospettiva di progettare nuovamente l'assistenza nelle loro unità operative, non è meno immediata e forte dell'emozione vissuta da coloro che hanno aperto la strada. Anche nelle unità operative dove il Primary Nursing si trova in una situazione di stallo a causa di nuove iniziative o di altri fattori che ne minacciano il fallimento, gli infermieri che lo conoscono fanno di tutto per salvarlo.

Abbiamo visto ripetutamente che gli infermieri che hanno lavorato utilizzando il Primary Nursing non sono mai del tutto soddisfatti di come erogano l'assistenza quando “*sono costretti*” a lavorare secondo altri modelli organizzativi meno centrati sulla persona; la verità indiscutibile è che tutti gli altri modelli di erogazione dell'assistenza sono meno centrati sulla persona rispetto al Primary Nursing.

Nella fase di preparazione della stesura del tanto atteso e approfondito testo di Marie Manthey, *La Pratica del Primary Nursing*<sup>1</sup>, abbiamo intervistato sette infermiere selezionate dai loro dirigenti come infermiere referenti<sup>2</sup> degne di nota. Durante queste interviste, siamo rimaste colpite da un fatto che si è verificato a ogni incontro. In qualità di infermiere, le persone intervistate ci hanno parlato delle modalità operative del Primary Nursing e in maniera coscienziosa ci hanno raccontato degli algoritmi di assegnazione delle persone assistite, identificate con codice colore, e della pianificazione delle attività nella pratica clinica, così da permettere di lavorare bene nelle unità operative.

Continuando le interviste, però, quando chiedevamo loro dell'impatto del Primary Nursing sulle persone assistite e sulle loro famiglie, esse respiravano profondamente, sorridevano (visibilmente) e ci raccontavano, storia dopo storia, la differenza che l'uso del Primary Nursing aveva per i loro assistiti.

In ogni intervista era evidente la gratitudine per aver avuto il privilegio di conoscere i loro assistiti come persone e di comprendere profondamente la condizione di ciascuna persona assistita. Inoltre, si sentivano più rispettate come professioniste dagli altri membri del loro team – in particolare dai medici – perché conoscevano in profondità le persone assistite a loro assegnate. Esse hanno sperimentato la soddisfazione conosciuta solo da coloro che sono disposti a mettersi in gioco accettando la responsabilità di essere referente e guida nell'assistenza per un'altra persona. Siamo consapevoli che, se non avete sperimentato in prima persona il Primary Nursing, tutto ciò sia difficile da immaginare. Questa è la sfida che affrontiamo nello scrivere questo libro.

Nelle pagine successive sono riportate le testimonianze sul Primary Nursing delle infermiere che lo hanno vissuto ogni giorno.

<sup>1</sup> Testo pubblicato in Italia nel 2008 dal Pensiero Scientifico editore (*N.d.C.*).

<sup>2</sup> In tutto il testo il termine Primary Nurse viene tradotto in italiano con infermiere referente (*N.d.C.*).

## Impatto del Primary Nursing sulla cultura dell'unità operativa

KIRSTEN ROBLEE, BSN, RN, OCN

In una situazione ad alto stress conosci la persona assistita così bene che snoccioli la sua storia senza dover scavare nella sua cartella clinica. Siamo molto competenti perché siamo radicati nella cura e nell'assistenza delle persone che assistiamo. Nelle situazioni critiche, essere in grado di vedere che il team dà il meglio di sé aiuta a costruire il rispetto reciproco all'interno dell'unità operativa.

## Impatto del Primary Nursing sulla sicurezza della persona assistita

KATHLEEN FOWLER, BSN, RN

Ho una signora che si rivolge a me chiamandomi "la mia Katie". Mi sono presa cura di lei direttamente almeno sedici volte, per questo la conosco molto bene. Quando veniva da me e manifestava un piccolo cambiamento – per esempio aveva un senso di nausea – poteva non essere un campanello d'allarme per qualcun'altro, ma per me lo era perché segnalava qualcosa di nuovo per lei. Il Primary Nursing ti permette di garantire cure sicure poiché è possibile comprendere i cambiamenti clinici in maniera precoce. Penso che questo rappresenti un punto cardine del Primary Nursing: comprendere la persona assistita allo scopo di offrirgli la migliore assistenza.

DENA USCIO, BBA, RN, OCN

Abbiamo avuto un problema in merito alla corretta assunzione di un farmaco da parte di una persona assistita che ne aveva preso un dosaggio troppo elevato. L'infermiere referente conosceva il dosaggio farmacologico che la persona assumeva a domicilio e riuscì ad aggiustare la dose così da evitare sprechi nella somministrazione (e ritardi nella risoluzione del problema).

NICOLE VANCE, BSN, RN

C'erano bambini che durante la degenza erano presi in cura in maniera interscambiabile dai diversi infermieri che ruotavano nei vari turni di lavoro e che, proprio per la loro interscambiabilità, non sapevano nulla di loro.

Per questo la situazione clinica dei bambini peggiorava drasticamente. Nel momento in cui qualcuno che conosce il bambino entra nella sua camera e afferma: "Aspetta un attimo, non è questo lo sguardo che un bambino dovrebbe avere...", un medico potrebbe rispondere: "Calma, questo potrebbe essere il suo stato neurologico di riferimento...". Può essere che il bambino presenti veramente un ritardo cognitivo, ma questo, al momento, è difficile da diagnosticare. Uno dei vantaggi del Primary

Nursing è dato dal fatto che l'infermiere referente può dire: "No, questo non è il suo stato neurologico normale, la situazione clinica sta peggiorando e può diventare pericolosa... dobbiamo intervenire subito, abbiamo circa due ore prima di doverlo inviare in Terapia intensiva".

## **Il Primary Nursing come rifugio sicuro per le persone assistite e le loro famiglie**

HEIDI NOLEN, BSN, RN

È necessario quasi un intero turno di lavoro per convincere le famiglie a parlare con te e a fidarsi di te; se ogni giorno presentiamo loro un infermiere diverso, questi non avranno mai la sensazione di poter creare una relazione di fiducia o di sentirsi sicuri all'interno dell'ospedale.

Una volta creata la relazione e compreso il mio ruolo (di infermiere referente, *N.d.C.*) e la responsabilità che esso comporta, i genitori si sentono sicuri nell'affidarmi il loro bambino per dedicare del tempo a se stessi e alle loro relazioni. Anche solo mentre vanno a prendere un caffè o a fare colazione, sanno con certezza che io sto somministrando correttamente la terapia farmacologica al loro bambino e che, sì, io voglio bene al loro bambino in modo sincero e quindi, anche se si assentano per un po', andrà tutto bene.

## **Relazione infermiere-medico, professionalità e sostegno (advocacy)**

NICOLE VANCE, BSN, RN

Niente potrà far cambiare parere a un medico specialista come un infermiere referente che fa emergere, pur senza mancare di rispetto, il disaccordo su qualcosa perché si basa su sei anni di esperienza con la persona assistita e la sua famiglia. Questo è quello che i medici vogliono sentire. La continuità, il tempo con la famiglia – quel tempo che loro non trovano.

I medici hanno a disposizione 15 minuti al giorno per stare con la persona assistita e sanno che qualcuno (l'infermiere referente) invece ha trascorso ore e ore con la persona assistita e quindi ha una prospettiva diversa e approfondita dei bisogni dell'utente e questo è fondamentale per erogare assistenza, è tutto oro colato. Abbiamo visto infermieri referenti cambiare l'approccio di un intero ospedale nei confronti delle persone assistite a causa di un fatto scoperto parlando con una persona anziana in corridoio.



---

# Capitolo 1

## Le oscillazioni storiche dell'autonomia dell'infermiere

Marie Manthey

adattato da: *La Pratica del Primary Nursing*<sup>1</sup>  
(1980, 2002, aggiornato 2015)

---

Il Primary Nursing, negli ospedali per acuti, è un modello di erogazione dell'assistenza infermieristica, che opera a livello di unità operative e di dipartimenti, che facilita l'assistenza infermieristica centrata sulla persona, nonostante la forte componente burocratica insita negli ospedali.

L'assistenza clinica di ciascuna professione si fonda sulla valutazione autonoma dei bisogni della persona che determinano la qualità e la quantità del servizio da erogare. In ambiti fortemente burocratizzati, i servizi sono di solito erogati secondo procedure di routine prestabilite che non possono essere adattate in funzione della diversità dei bisogni delle persone. In questi ambiti burocratizzati, inoltre, le funzioni sono raggruppate all'interno di unità operative o dipartimenti diretti da leader che, di solito, detengono il potere decisionale.

È in questo contesto che nasce il Primary Nursing: per i professionisti infermieri che operano all'interno di un sistema fortemente burocratizzato, il modello utilizzato per garantire l'erogazione dell'assistenza deve essere pensato per ridurre al minimo l'impatto burocratico e massimizzare l'empowerment, la responsabilità e l'autorevolezza dei professionisti infermieri.

All'interno di un'organizzazione a forte componente burocratica possono coesistere numerosi modelli di erogazione dei servizi atti a garantire le differenti funzioni dei diversi

*Per i professionisti infermieri che operano all'interno di un sistema fortemente burocratizzato, il modello utilizzato per garantire l'erogazione dell'assistenza deve essere pensato per ridurre al minimo l'impatto burocratico e massimizzare l'empowerment, la responsabilità e l'autorevolezza dei professionisti infermieri.*

---

<sup>1</sup> Testo pubblicato in Italia nel 2008 dal Pensiero Scientifico editore (N.d.C.).

dipartimenti. Questi modelli possono principalmente favorire i valori della burocrazia o della professionalità a seconda di come sono progettati e della filosofia della leadership dell'organizzazione.

Prima dell'adozione e implementazione del Primary Nursing, nel 1968, nell'University of Minnesota, i modelli di erogazione dell'assistenza utilizzati dagli infermieri negli ospedali riflettevano maggiormente i valori burocratici che quelli professionali.

Sia l'assistenza per compiti (*functional nursing* in lingua inglese, *N.d.C.*) nella quale un professionista infermiere effettua il "giro" delle medicazioni, un altro si occupa del "giro" della terapia farmacologica, un altro ancora eroga assistenza di base, sia l'assistenza per piccole équipe (*team nursing* in lingua inglese, *N.d.C.*) sono state progettate seguendo il modello dell'erogazione dei servizi in serie; i compiti più semplici erano assegnati agli operatori meno esperti, quelli più complessi ai professionisti più qualificati e così via, in una logica di gerarchia della complessità dei compiti.

All'interno di queste organizzazioni, agli infermieri erano assegnate due funzioni:

1. gestire le attività assistenziali più complesse;
2. coordinare e supervisionare le attività svolte dagli operatori meno esperti.

In queste organizzazioni gli infermieri non erano professionisti dedicati all'assistenza, ma piuttosto dei controllori di colleghi con stipendi inferiori ai loro. Questa modalità operativa può essere adeguata all'interno di una fabbrica, in cui ai lavoratori interinali è assegnato un lavoro non specializzato, ma nell'ambito dell'assistenza infermieristica, dove il pensiero critico e l'esperienza clinica rappresentano valori fondamentali, questo costituisce uno spreco incosciente di capacità e conoscenze. Inoltre, all'interno di questo tipo di organizzazioni, l'infermiere non ha la possibilità di creare una relazione terapeutica con la persona assistita.

Il Primary Nursing offre agli infermieri l'opportunità di sviluppare un ruolo professionale in cui le loro capacità relazionali e tecnico-scientifiche sono egualmente valorizzate e incoraggiate. In sintesi, o un modello di erogazione dell'assistenza supporta attivamente gli infermieri nella completa espressione del loro ruolo professionale, oppure contribuisce alla de-professionalizzazione dell'assistenza infermieristica.

I sociologi americani<sup>2</sup> concordano nell'affermare che sono 4 le caratteristiche che generalmente differenziano una professione da un'occupazione:

---

<sup>2</sup> In Italia un sociologo quale Luciano Gallino ha affermato che per professione si intende "un'occupazione" che presenta *congiuntamente e al livello più elevato*, il maggior numero delle seguenti **8 caratteristiche**: conoscenze sistematiche, titoli formali di studio, codice deontologico, autorità, autonomia, rilevanza sociale, rendere un servizio alla collettività, appartenere a una associazione o ordine professionale (*N.d.C.*).

1. corpo riconoscibile di conoscenze all'interno di un programma formativo istituzionale;
2. autonomia decisionale;
3. revisione tra pari (*peer review*) dell'esercizio professionale;
4. identificazione con un'organizzazione professionale<sup>3</sup> che definisce gli standard e regola l'agire professionale.

L'assistenza infermieristica si riconosce, in maniera esplicita, in un corpo di conoscenze specifiche della disciplina stessa, nella revisione tra pari dell'esercizio professionale e si identifica con una specifica organizzazione professionale. È molto spesso la misura in cui la seconda caratteristica – autonomia del processo decisionale – è supportata all'interno di un'organizzazione a determinare se la professionalità dell'assistenza infermieristica è incentivata o resa più incerta e instabile.

Questo tipo di supporto non si può esprimere solo a parole: il modello assistenziale implementato all'interno di un'organizzazione può facilitare il processo decisionale autonomo degli infermieri o contribuire alla de-professionalizzazione degli stessi.

La de-professionalizzazione è uno dei principali problemi non solo della disciplina infermieristica, ma anche delle altre professioni. Negli ultimi quarant'anni, i macrocambiamenti politici ed economici hanno profondamente influenzato la società, l'assistenza sanitaria e, di conseguenza, anche l'assistenza infermieristica. I tre elementi chiave che hanno determinato il cambiamento sono di natura finanziaria, legislativa e tecnologica. L'assistenza sanitaria negli Stati Uniti è diventata un business piuttosto che un programma sociale. I segnali del cambiamento del sistema si sono manifestati in maniera chiara e palese tra il 1980 e il 1990 con la nascita di ospedali a scopo di lucro, le aggregazioni di ospedali avvenute attraverso fusioni e acquisizioni, lo sviluppo di complessi sistemi di rimborso e di elaborate strategie di marketing. All'inizio del ventunesimo secolo, la recessione economica e un'importante riforma del sistema sanitario statunitense hanno dato origine a un ritorno alla centralizzazione del potere decisionale.

*O un modello di erogazione dell'assistenza supporta attivamente gli infermieri nella completa espressione del loro ruolo professionale, oppure contribuisce alla de-professionalizzazione dell'assistenza infermieristica.*

<sup>3</sup> In Italia è stato istituito per l'infermiere, con la legge n. 3/2018, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche a livello:

- Nazionale (FNOPI – **Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche**);
- Provinciale, con 103 sedi (OPI – **Ordine delle Professioni Infermieristiche**) (*N.d.C.*).

---

---

# APPENDICI

---

---



---

# Appendice A

## *Confronto tra quattro modelli di erogazione dell'assistenza in relazione ai quattro elementi costitutivi del Primary Nursing*

ELEMENTO	Assistenza infermieristica per compiti	Assistenza infermieristica per piccole équipes	Assistenza infermieristica centrata sulla persona assistita	Primary Nursing
Relazione infermiere-persona assistita e processo decisionale	Le decisioni sono prese durante un singolo turno; le decisioni sono prese di solito dall'infermiere dirigente o dall'infermiere coordinatore.	Le decisioni sono prese durante un singolo turno; le decisioni sono per la maggior parte prese dal leader del team o dall'infermiere coordinatore.	Le decisioni sono prese durante un singolo turno; le decisioni sono prese dall'infermiere clinico che si occupa dell'assistenza della persona o dall'infermiere coordinatore.	L'infermiere prende le decisioni per le singole persone assistite sulla base della loro relazione terapeutica che si mantiene per tutta la durata della degenza della persona assistita nell'Unità Operativa.
Ripartizione del lavoro e/o assegnazione delle persone assistite	Le assegnazioni che riguardano l'assistenza infermieristica si basano sui compiti. Gli infermieri sono assegnati alle mansioni da svolgere piuttosto che alle persone assistite.	Le assegnazioni che riguardano l'assistenza infermieristica si basano sul livello di complessità e sono commisurate al livello di esperienza: il focus è sulle attività da portare a termine; le assegnazioni variano in base alla gravità della persona assistita e alla complessità del lavoro.	Le assegnazioni che riguardano l'assistenza infermieristica si basano principalmente sulla persona assistita, con l'infermiere che garantisce le attività della presa in cura. Le assegnazioni possono variare da un turno all'altro sulla base dell'ubicazione e della gravità della persona assistita senza garantire la continuità assistenziale.	Le assegnazioni che riguardano l'assistenza infermieristica si basano sulle persone assistite per assicurare la continuità assistenziale. A ogni persona assistita viene assegnato un infermiere che rimane il suo infermiere referente per tutta la durata della degenza (a meno che le circostanze non richiedano che venga assegnato un nuovo infermiere referente).
Comunicazione tra i componenti del team assistenziale	La comunicazione avviene su base gerarchica; i compiti portati a termine sono documentati e comunicati all'infermiere coordinatore che raccoglie tutte le informazioni relative alle persone assistite e le comunica agli altri componenti del team sanitario.	La comunicazione avviene su base gerarchica; chi effettua le cure riferisce al team leader; il team leader riferisce ai medici e/o agli altri componenti del team sanitario.	La comunicazione è diretta. Tuttavia, in alcuni sistemi centrati sulla persona assistita, può essere richiesto agli infermieri di comunicare con i medici e con gli altri componenti del team sanitario attraverso l'infermiere coordinatore.	La comunicazione è diretta. L'infermiere referente richiede informazioni alla persona assistita e le comunica direttamente e in modo proattivo ai componenti del team, ai medici e agli altri colleghi. L'infermiere referente ha la responsabilità di integrare le informazioni e di coordinare l'assistenza.

# Primary Nursing

## Assistenza infermieristica centrata sulla relazione con la persona assistita

Questo libro presenta il modello assistenziale che garantisce le migliori cure alla persona, al caregiver e alla sua famiglia.

Il testo descrive i 4 elementi e i principi del Primary Nursing nonché gli aspetti fondamentali da conoscere rispetto alla motivazione, ai cambiamenti organizzativi, ai bisogni formativi e agli indicatori di risultato utili per adottare il Primary Nursing nella vostra organizzazione sanitaria, all'interno di Dipartimenti o di Unità Operative.

Se il vostro obiettivo è adottare su larga scala il Primary Nursing o più semplicemente comprendere come il modello migliori l'esperienza delle persone assistite e delle loro famiglie e le cure che voi erogate, allora **questo è il libro per voi.**



**Susan Wessel,**  
MBA, MS, RN, NEA-BC

Susan ha conseguito i titoli di BSN (Bachelor of Science in Nursing) e di MS (Master of Science) in Nursing Science alla University of Illinois e il

Master in Business Administration (MBA) con lode alla Xavier University.

Ha iniziato la sua attività professionale come infermiera clinica fino a essere Vicepresidente e docente universitario in infermieristica. Attualmente, è impegnata con la società Creative Health Care Management per migliorare l'assistenza alla salute nel mondo. Susan ha collaborato con infermieri clinici, con medici e con team di dirigenti e questo le ha permesso di avere un'ampia visione dell'assistenza sanitaria.

È stata ed è una sostenitrice del Primary Nursing sin da quando ha avuto il privilegio di assumere il ruolo di infermiere referente.

Uno degli aspetti più di gratificanti della sua carriera consiste nel supportare gli infermieri clinici nell'implementazione del Primary Nursing.



**Marie Manthey,**  
PhD (hon), MNA, FAAN, FRCN

Marie è una delle pioniere del Primary Nursing. Ha conseguito i titoli di BS (Bachelor of Science) e di MS (Master of Science) in Nursing

Administration alla University of Minnesota, dove attualmente è Professore Associato.

Ha insegnato in tutto il mondo a migliaia di infermieri in occasione di seminari e di giornate formative.

I suoi principi guida sia come infermiera clinica sia come fondatrice di Creative Health Care Management, prima società di consulenza negli Stati Uniti a essere guidata da un infermiere, sono:

1. Prendere decisioni sempre in favore della persona assistita
2. Agire secondo il buon senso

Ha dedicato la sua vita professionale a progettare, sviluppare e diffondere il Primary Nursing, ampliando e raffinando i processi che supportano gli infermieri nel crescere e nell'eccellere a livello professionale.

**MANTHEY\*PRIMARY NURSING (CEA M)**

ISBN 978-88-08-48003-3



9 788808 480033

**Al Pubblico**  
P. Cop.

**€ 32,00...**  
**€ 30,77**