



Sonya R. Hardin  
Roberta Kaplow

# Il modello Synergy per l'eccellenza clinica

Il modello Synergy dell'AACN applicato  
alla cura delle persone assistite



CASA EDITRICE AMBROSIANA

# **Il modello Synergy per l'eccellenza clinica**

Il modello Synergy dell'AACN applicato  
alla cura delle persone assistite

*A cura di*

**Sonya R. Hardin, PhD, NP-C, RN, CCRN**

Professor

College of Nursing

East Carolina University

Greenville, North Carolina

**Roberta Kaplow, PhD, AOCNS, APRN, CCRN**

Clinical Nurse Specialist

Emory University Hospital

Atlanta, Georgia

*Edizione italiana a cura di*

**Federica Dellafore e Tiziana Nania**

IRCCS Policlinico San Donato

San Donato Milanese (MI)



CASA EDITRICE AMBROSIANA

# INDICE

<i>Prefazione all'edizione italiana</i>	XVII
<i>Prefazione</i>	XIX
<i>Ringraziamenti</i>	XXI
<i>Collaboratori</i>	XXIII

## I INTRODUZIONE

<b>1 Introduzione</b>	3
Mary Frances D. Pate	
Introduzione	3
Io e il modello Synergy	3
Sviluppo del modello Synergy	4
Assunti del modello Synergy	6
Caratteristiche e bisogni delle persone assistite	6
Caratteristiche e competenze dell'infermiere	7
Assistenza infermieristica certificata	8
La sinergia al di là dell'assistenza in area critica	10
Conclusioni	10
Bibliografia	10

## II CARATTERISTICHE DELLA PERSONA ASSISTITA

<b>2 Resilienza</b>	15
Roberta Kaplow	
Introduzione	15
Resilienza e risultati dell'assistenza alla persona	16
Definizione	17

Fattori che promuovono la resilienza	17
Ruolo dell'operatore sanitario	18
Applicazione del modello Synergy al caso clinico	19
Esempi di livelli di resilienza	19
Conclusioni	20
Bibliografia	20
<b>3 Vulnerabilità</b>	<b>23</b>
Roberta Kaplow	
Introduzione	23
Tipi di vulnerabilità	23
Fonti di vulnerabilità	24
Definizione	26
Strategie infermieristiche	26
Applicazione del modello Synergy al caso clinico	28
Esempi di livelli di vulnerabilità	28
Conclusioni	28
Bibliografia	28
<b>4 Stabilità</b>	<b>31</b>
Roberta Kaplow	
Introduzione	31
Prevedere l'instabilità	32
Definizione	34
Applicazione del modello Synergy al caso clinico	35
Esempi pratici di stabilizzazione clinica	35
Conclusioni	36
Bibliografia	36
<b>5 Complessità</b>	<b>39</b>
Roberta Kaplow	
Introduzione	39
Fonti di complessità	39
Definizione	41
Applicazione del modello Synergy al caso clinico	42
Esempi pratici di alta complessità	43
Conclusioni	43
Bibliografia	43

<b>6</b>	<b>Disponibilità delle risorse</b>	45
	Roberta Kaplow	
	Introduzione	45
	Risorse umane	45
	Tipologie di assicurazione	46
	Definizione	47
	Applicazione del modello Synergy al caso clinico	48
	Esempi di disponibilità delle risorse	49
	Conclusioni	49
	Bibliografia	49
<b>7</b>	<b>Partecipazione all'assistenza</b>	53
	Roberta Kaplow	
	Introduzione	53
	Livelli di partecipazione all'assistenza	55
	Fattori impattanti sulla partecipazione all'assistenza	55
	Ruoli nella partecipazione all'assistenza	56
	Ostacoli alla partecipazione all'assistenza	57
	Risultati della partecipazione all'assistenza della persona in cura	58
	Definizione	58
	Strategie delle persone assistite per promuovere la partecipazione all'assistenza	59
	Strategie dei professionisti della salute per promuovere la partecipazione all'assistenza	59
	Applicazione del modello Synergy al caso clinico	62
	Esempi di partecipazione all'assistenza	62
	Conclusioni	62
	Bibliografia	63
<b>8</b>	<b>Partecipazione al processo decisionale</b>	65
	Roberta Kaplow	
	Introduzione	65
	Definizione	66
	Ostacoli alla partecipazione al processo decisionale	67
	Strategie infermieristiche	67
	Applicazione del modello Synergy al caso clinico	69
	Esempi di partecipazione al processo decisionale	69
	Conclusioni	70
	Bibliografia	70

<b>9</b>	<b>Predittività</b>	73
	Roberta Kaplow	
	Introduzione	73
	Sopravvivenza in una condizione di salute critica	74
	Incidenza e timing degli effetti collaterali	74
	Sistemi di scoring in terapia intensiva	74
	Definizione	76
	Applicazione del modello Synergy al caso clinico	77
	Esempi di livelli di predittività	77
	Conclusioni	77
	Bibliografia	78

### III CARATTERISTICHE DELL'INFERMIERE

<b>10</b>	<b>Giudizio clinico</b>	81
	Kristin Curcio	
	Introduzione	81
	Giudizio clinico	81
	Giudizio clinico esperto	82
	Sviluppo del giudizio clinico	83
	Definizione	83
	Applicazione del modello Synergy al caso clinico	86
	Conclusioni	87
	Bibliografia	87
<b>11</b>	<b>Advocacy/Moral agency (condotta morale)</b>	89
	Carolyn Horne	
	Introduzione	89
	Definizione	90
	Moral agency (condotta morale)	91
	Advocacy nel modello Synergy	92
	Applicazione del modello Synergy al caso clinico	94
	Conclusioni	94
	Bibliografia	94
<b>12</b>	<b>Pratiche di caring</b>	97
	Donna Roberson, Sonya R. Hardin	
	Introduzione	97
	Pratiche di caring	97
	Abilità di caring	98

Il caring nell'infermieristica	99
Competenze per valutare le pratiche di caring	99
Definizione	100
Messa in pratica	100
Applicazione del modello Synergy al caso clinico	103
Conclusioni	104
Bibliografia	104
<b>13 Collaborazione</b>	<b>107</b>
Donna Lake, Roberta Kaplow	
Introduzione	107
Definizione	108
Collaborazione nelle unità di terapia intensiva	108
Elementi di una collaborazione efficace	109
Ostacoli alla collaborazione efficace	110
Opportunità per la collaborazione multidisciplinare in UTI	110
Erogazione di assistenza di qualità	110
Collaborazione interprofessionale	112
Come siamo arrivati qui? L'importanza della collaborazione tra gli infermieri	113
La comunicazione	116
Elementi essenziali nei master	117
Team efficaci	118
Strumenti e risorse del team	118
Applicazione del modello Synergy al caso clinico	120
Conclusioni	120
Bibliografia	121
<b>14 Pensiero sistemico</b>	<b>125</b>
Sonya R. Hardin	
Introduzione	125
Circuiti causali	127
Archetipi	127
Modellizzazione dei sistemi	127
Definizione	129
Dalla teoria alla pratica	129
Applicazione del modello Synergy al caso clinico 1	131
Applicazione del modello Synergy al caso clinico 2	133
Conclusioni	134
Bibliografia	134

<b>15</b>	<b>Risposta alla diversità</b>	135
	Tomika M. Williams	
	Introduzione	135
	Risposta alle competenze culturali	136
	Competenze per valutare la risposta alla diversità	137
	Definizione	138
	Applicazione del modello Synergy al caso clinico	140
	Traduzione nella pratica clinica	140
	Conclusioni	141
	Bibliografia	141
<b>16</b>	<b>Ricerca clinica</b>	143
	Robin Webb Corbett	
	Introduzione	143
	La competenza per valutare la ricerca clinica	145
	Definizione	145
	Applicazione del modello Synergy al caso clinico	147
	Conclusioni	148
	Bibliografia	148
<b>17</b>	<b>Facilitazione dell'apprendimento</b>	151
	Jane Miles	
	Introduzione	151
	Teorie dell'apprendimento	151
	Facilitatore dell'apprendimento in ambito infermieristico	152
	Competenze per essere facilitatore dell'apprendimento	153
	Definizione	154
	Traduzione nella pratica clinica	154
	Applicazione del modello Synergy al caso clinico	157
	Conclusioni	158
	Bibliografia	158

## IV APPLICAZIONE DEL MODELLO SYNERGY

<b>18</b>	<b>Applicazione del modello Synergy alla pratica clinica</b>	163
	Marianne Baird	
	Introduzione	163
	Il modello Synergy come quadro di riferimento per gli scambi di informazioni degli infermieri	164
	Il team interdisciplinare	165



Competenze infermieristiche	168
Riospedalizzazione	170
Competenze infermieristiche nelle cure di fine vita	171
Spiritualità e modello Synergy	171
Caratteristiche delle persone assistite correlate alla spiritualità	172
Risposta alla diversità: abbinamenti conformi	175
Sostenere la resilienza: figure di riferimento appropriate	175
Sostenere la resilienza: creare spazio e tempo per i riti religiosi e le pratiche spirituali di gruppo e individuali	175
Modello Synergy: tutoraggio	176
Assunti del modello Synergy per l'assistenza alla persona	176
Assunti corollari del modello Synergy per il tutoraggio	177
Conclusioni	179
Bibliografia	179
<b>19 Applicazione del modello Synergy alla ricerca</b>	<b>181</b>
Randy Gordon	
Introduzione	181
Struttura concettuale e teorica	181
L'importanza dei framework e della ricerca	182
Il modello Synergy come framework concettuale	182
Il modello Synergy come strumento per la ricerca	186
Conclusioni	187
Bibliografia	188
<b>20 Modelli di pratica professionale (PPM): l'equazione di implementazione</b>	<b>191</b>
Marsha Hughes-Rease	
Introduzione	191
L'equazione Coinvolgimento x Responsabilità x Empowerment > Resistenza	192
Un esempio reale significativo	192
Che cos'è un modello di pratica professionale?	194
L'equazione di implementazione: $C \times R \times E > R$	196
Conclusioni	200
Bibliografia	201
<b>21 Applicazione del modello Synergy ai progetti condotti durante la formazione dottorale</b>	<b>203</b>
Christine Estabrook	
Introduzione	203

Il progetto formativo per il dottorato in Pratiche Cliniche	204
Il modello Synergy per l'assistenza alla persona dell'American Association of Critical-Care Nurses	205
Il programma di dottorato in Pratiche Cliniche per lo sviluppo della qualità	207
Fenomeno di interesse / teoria infermieristica	207
Applicazione del modello Synergy per il progetto di QI del DPC	208
Conclusioni	210
Bibliografia	211
<b>22 Applicazione del modello Synergy all'orientamento</b>	<b>213</b>
Julie Miller	
Sviluppo dello strumento: concetti	213
Sviluppo dello strumento: il processo	214
Destreggiarsi con il cambiamento	219
Dare forma allo strumento	219
Valutazione	226
Conclusioni	229
Bibliografia	229
<b>23 Applicazione del modello Synergy alla leadership infermieristica</b>	<b>231</b>
Lynn Whelan	
Competenza	232
Job description	233
Peer review (confronto tra pari)	233
Produttività infermieristica	234
Pianificazione del personale	234
Sistemi di valutazione della complessità assistenziale	234
Sviluppo della carriera clinica	235
Ambienti sanitari	236
Orientamento dei dirigenti infermieristici	237
Conclusioni	237
Bibliografia	238
<b>24 Applicazione del modello Synergy nei servizi perioperatori</b>	<b>241</b>
D. Jane Vosloh	
Introduzione	241
Servizi perioperatori	241
Conclusioni	245
Bibliografia	246

<b>25</b>	<b>Applicazione del modello Synergy all'assistenza ambulatoriale</b>	247
	Curlissa Mapp, Deena Gilland, Melanie Watson	
	Introduzione	247
	Assistenza infermieristica ambulatoriale	247
	Telemedicina	248
	Coordinatore del processo di assistenza	249
	Applicazione del modello Synergy al caso clinico	250
	Conclusioni	251
	Bibliografia	252
<b>26</b>	<b>Applicazione del modello Synergy alla formazione accademica</b>	253
	Amy Rex Smith	
	Introduzione	253
	Caratteristiche uniche della formazione accademica	253
	Il ruolo dell'infermiere in ambito accademico	254
	Modelli concettuali infermieristici	255
	Opzioni di applicabilità del modello Synergy nei contesti accademici – Questioni relative ai piani di studio	256
	Preoccupazioni riguardanti l'incarico e la promozione di coloro che seguono il modello Synergy dell'AACN	256
	Come avere successo e non limitarsi a sopravvivere	257
	Conclusioni	258
	Bibliografia	258
<b>27</b>	<b>Applicazione del modello Synergy allo sviluppo di un sistema di valutazione della complessità assistenziale</b>	259
	Mary A. Sthal, Tracy L. Rogers	
	Introduzione	259
	Punteggi degli infermieri	260
	Punteggi degli assistiti	261
	Criteri di assegnazione dei turni	263
	Valutazione del progetto	263
	Prossimi step	266
	Conclusioni	267
	Bibliografia	267
<b>28</b>	<b>Modello di consenso per il regolamento APRN: licenza, accreditamento, certificazione e formazione</b>	269
	Carol Hartigan	
	Introduzione	269
	Obiettivi del processo di consenso	269

APRN: come regolarizzarlo?	270
Certificazione vs. esami di licenza	270
Processi paralleli	271
C'è una qualche sinergia nel modello?	271
Il modello Synergy nell'ambito delle competenze chiave del CNS	271
Imparare dal processo di consenso	273
Conclusioni	273
Bibliografia	274
<b>29 Applicazione del modello Synergy presso l'unità operativa di cardiocirurgia: barriere all'implementazione e fase pilota in IRCCS Policlinico San Donato</b>	<b>275</b>
Rosario Caruso, Federica Dellafiore, Tiziana Nania	
Modelli assistenziali <i>patient-centred care</i>	275
Il ruolo del professionista infermiere	277
L'esperienza applicativa del modello Synergy presso l'IRCCS Policlinico San Donato	278
Protocollo di ricerca	285
Risultati preliminari presso l'UO di cardiocirurgia adulti	286
Conclusioni	286
Bibliografia	287
<i>Indice analitico</i>	289

# PREFAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

È sempre più attuale la necessità di personalizzare l'assistenza infermieristica in risposta alle modifiche delle peculiarità assistenziali dell'utenza e all'evoluzione del concetto di salute. Per il professionista infermiere diviene dunque importante erogare un'assistenza di qualità, garantendo all'utente il soddisfacimento dei propri bisogni, tenendo conto delle dimensioni individuali di ciascuno (mente, corpo e famiglia). Tutto ciò è possibile mettendo in essere modelli che valorizzino sia le competenze dell'infermiere che la personalizzazione dell'assistenza.

La letteratura definisce *patient-centred care* o *patient-centred approach* quei modelli in cui la persona assistita è considerata in senso olistico, comprendendo quindi, oltre alle peculiarità che la rendono persona «unica», anche la famiglia e il contesto sociale. L'aspetto fondamentale di un percorso assistenziale che ponga al centro la persona è quello di individuare i suoi bisogni, ponendo il professionista infermiere come mediatore tra le evidenze scientifiche e le caratteristiche particolari della persona (per esempio, aspirazioni, desideri, volontà).

Il termine *patient-centred care* è stato utilizzato, a partire dal 1969, con lo scopo di evidenziare l'esigenza di considerare la persona assistita non solo sotto la lente della sua malattia, ma nella sua unicità come persona. L'impiego di questo termine è contemporaneo allo sviluppo della psicologia della salute, con capofila Michael Balint, psicoanalista ungherese. Successivamente, a metà degli anni Novanta del Novecento, Peschel e Peschel (1994) definirono un nuovo approccio nei confronti delle persone assistite, basato sul comunicare, educare e supportare empaticamente l'assistito e i familiari. Il *patient-centred care* si fonda sul rispetto, in piena considerazione della volontà della persona assistita, ogni qualvolta ci si appresti a prendere una decisione clinica. Tale approccio è definito come una strategia organizzativa per il miglioramento dei moderni sistemi sanitari. A sostegno di questo paradigma, la letteratura scientifica attuale evidenzia come i modelli di personalizzazione dell'assistenza siano in relazione con esiti di salute migliori nelle persone assistite, miglior efficienza ed efficacia dei processi di cura, diminuzione del tempo di degenza, aumentata soddisfazione degli stakeholder e riduzione dei costi sanitari.

I modelli teorici di erogazione dell'assistenza giocano un ruolo chiave per poter garantire la centralità della persona assistita e la personalizzazione degli in-

terventi, rispondendo alla dicotomia continua che separa ciò che è auspicato teoricamente dai contenuti della prassi assistenziale. Tuttavia, il limite di molti modelli organizzativi di personalizzazione è dato dal fatto che spesso non si occupano di rappresentare una matrice guida per valorizzare e diversificare le competenze degli infermieri che li devono applicare.

In risposta a tale limite, Martha Curley (2007) delinea i fondamenti del modello Synergy. La grande novità di tale modello è data dal fatto che sono proprio le caratteristiche della persona assistita a guidare e determinare le competenze infermieristiche, poiché quando l'assistito e le sue caratteristiche sono in sinergia con l'infermiere e con le sue competenze professionali, la «relazione terapeutica» che ne scaturisce fornirà esiti positivi e qualitativamente più validi nell'erogazione delle cure infermieristiche all'assistito. Inoltre, il modello Synergy sembra avere una ricaduta positiva sulla soddisfazione professionale e lavorativa degli stessi infermieri; infatti, sono stati evidenziati dalla letteratura americana alcuni miglioramenti di esiti organizzativi, tra cui diminuzione dei ricorsi da parte dell'utenza, risparmi economici, riduzione del turnover e delle controversie interpersonali, nonché dell'assenteismo. Quindi, i vantaggi derivanti dall'implementazione di modelli di personalizzazione dell'assistenza sono molteplici e riguardano non solo gli stakeholder, ma anche i professionisti sanitari e le strutture nelle quali vengono implementati.

È per tale motivo, quindi, che la personalizzazione delle cure erogate diviene l'obiettivo cardine di tutti coloro che si occupano di salute, tra cui i professionisti sanitari e le aziende sanitarie e ospedaliere. Il modello Synergy che verrà trattato in questo libro offre la possibilità di attuare un modello di assistenza infermieristica nato attorno al concetto di centralità dell'assistito, e che a partire da questa idea sviluppa tutte le sue caratteristiche definenti. Inoltre, a differenza di altri modelli, quello Synergy nasce nel contesto della sanità contemporanea, dove i paradigmi della multiprofessionalità e multidisciplinarietà sono la chiave di una lettura organizzativa che risponde al meglio alle esigenze dei nostri utenti.

Rendere efficiente il processo infermieristico olistico, massimizzandone i risultati, per rispondere in modo efficace alla necessità di personalizzazione delle cure, rappresenta oggi una «sfida» che non possiamo ignorare. A tale riguardo, questo libro può costituire uno strumento di grande utilità per i professionisti sanitari, specialisti e non, che perseguono il paradigma della personalizzazione delle cure e che auspicano di vincere la sfida. La traduzione del presente testo vuole essere, infatti, un contributo a tale *mission* a cui tutti noi professionisti sanitari siamo chiamati, con l'auspicio che i colleghi (qualunque sia la loro specialità), i medici, i dirigenti sanitari e gli studenti trovino in questo manuale un veicolo semplice, completo e attrattivo per avvicinarsi alla possibilità di implementare un modello di erogazione dell'assistenza infermieristica che risponda in modo efficace al soddisfacimento dei bisogni degli utenti.

Federica Dellafiore  
Tiziana Nania

# PREFAZIONE

Questo libro è un tributo a tutti gli infermieri che lavorano in unità operative di area critica e che assistono persone in ogni parte del mondo. È basato su decenni di lavoro dell'American Association of Critical-Care Nurses (AACN) per lo sviluppo di un quadro concettuale dell'assistenza infermieristica: il modello Synergy dell'AACN. Lo scopo del presente volume è quello di fornire agli infermieri le conoscenze necessarie per applicare il modello Synergy nella pratica clinica e aiutare gli stessi a prepararsi per gli esami di certificazione offerti dall'AACN.

In questa edizione del libro\* sono state fatte significative integrazioni. Poiché l'utilizzo del modello è cresciuto esponenzialmente in numerosi contesti, sono stati aggiunti dei capitoli che illustrano come applicarlo anche in ambiti clinici di cure non intensive, come per esempio nei servizi perioperatori e ambulatoriali. Questa edizione contiene inoltre capitoli che illustrano l'applicazione del modello Synergy nel contesto dell'organizzazione infermieristica, nella ricerca, nei programmi di orientamento infermieristico e come base per un progetto di ricerca nel percorso formativo finale di DPC (dottore in Pratiche Cliniche), nella creazione di strumenti per la valutazione della complessità assistenziale delle persone assistite e per ottenere il riconoscimento Magnet® dall'American Nurses Credentialing Center. È inoltre stato scritto un capitolo per legare il modello Synergy al modello di consenso APRN. Il testo, pertanto, può rivelarsi utile in un corso di insegnamento infermieristico incentrato sulla sensibilizzazione e sulla diffusione delle teorie e strutture concettuali.

Il capitolo 1 presenta una breve storia dello sviluppo del modello Synergy e introduce le caratteristiche della persona assistita e dell'infermiere inerenti al modello. Questo primo capitolo della parte I serve come base per comprendere l'applicazione dei concetti presentati in ognuno dei capitoli successivi. La parte II raggruppa i capitoli che approfondiscono ciascuna delle caratteristiche della persona assistita nell'ambito del modello Synergy, fornendo anche possibili applica-

---

\* Si tratta della seconda edizione in lingua inglese. (N.d.C.)

zioni a situazioni specifiche per spiegare ulteriormente l'uso del modello nella pratica clinica. La parte III è formata da capitoli incentrati sulle caratteristiche dell'infermiere; pure in questo caso sono proposti esempi di applicazione nella pratica clinica. La parte IV include capitoli che illustrano come sia stato impiegato il modello Synergy in diversi contesti clinici e non clinici.

Vorremmo ringraziare coloro che hanno contribuito a realizzare questa edizione del libro, il cui testo è stato modificato per migliorare la comprensione del modello Synergy da parte dei lettori. Dovrebbe anche costituire un riferimento per coloro che sono in procinto di utilizzare il modello nella loro pratica clinica e per chi sta prendendo in considerazione l'ipotesi di dare una base teorica alla propria pratica clinica.

*Sonya R. Hardin  
Roberta Kaplow*



# 1

## INTRODUZIONE

Mary Frances D. Pate

### Introduzione

Il modello Synergy per l'assistenza alla persona dell'AACN (American Association of Critical-Care Nursing, Associazione americana degli infermieri in area critica) è stato concepito negli anni Novanta come framework concettuale per la certificazione. Il suo utilizzo, a partire dal momento in cui è stato sviluppato, è cresciuto in numerose aree. Per esempio, questo modello serve come base per altri esami di certificazione, per i programmi del percorso universitario infermieristico, e come punto di riferimento per la pratica professionale nell'ambito ospedaliero. Inoltre, è stato impiegato come guida per i progetti e le tesi della formazione dottorale. Questo capitolo descrive lo sviluppo del modello e l'evoluzione del suo ruolo nella disciplina infermieristica.

### Io e il modello Synergy

Il mio primo approccio alle teorie infermieristiche, ai framework concettuali e ai modelli assistenziali è stato durante il corso di laurea in infermieristica, e ha mostrato il suo volto peggiore quando mi sono iscritta al corso magistrale in scienze infermieristiche. Durante questo ultimo periodo, sono stata incoraggiata (obbligata) a scegliere un modello che sarebbe servito come base per la mia pratica infermieristica avanzata. Non fraintendetemi; un fondamento per la pratica infermieristica è essenziale, ma all'epoca non riuscivo a trovare nulla che fosse adatto alla pratica nel «mondo reale» dell'assistenza infermieristica in area critica. Ho portato a termine la laurea magistrale selezionando a caso una teoria infermieristica e applicandola con la forza alla mia pratica per soddisfare le richieste della laurea, così come ho concluso il dottorato utilizzando una teoria non-infermieristica come tesi di dottorato, in merito alla quale sono stata interrogata a lungo dal rettore durante la discussione.

Trascorsi alcuni anni, grazie all'iscrizione all'AACN, sono entrata in contatto con il «modello Synergy per l'assistenza alla persona». Appena mi è stato pre-

sentato, mi è sembrato perfettamente sensato, dal momento che rispecchiava la realtà con la quale mi ero rapportata in quanto infermiera di area critica. È stato come se le stelle si allineassero per lasciare spazio alla luce del sole e tutto acquistasse un senso. Avevo finalmente trovato il *mio* modello per la pratica infermieristica, e nel corso degli anni, confrontandomi con infermieri che si occupano di assistenza in area critica, ho riscontrato lo stesso punto di vista.

## Sviluppo del modello Synergy

L'AACN ha concepito un sistema sanitario guidato dai bisogni delle persone assistite e dei loro familiari, in cui gli infermieri danno il loro contributo ottimale ai risultati dell'assistenza alla persona (AACN Certification Corporation, 2015a; AACN, 2015a) e in cui la certificazione della pratica assistenziale si basa sulla sinergia tra persona assistita e infermiere piuttosto che su una serie di abilità (Curley, 1998). Quando il modello è stato sviluppato nei primi anni Novanta, questa idea sembrava anticonformista, visto che la certificazione della pratica assistenziale in area critica dipendeva dalle ore di lavoro effettuate in un ambiente di area critica, dal numero e dal tipo di attività erogate e da un esame basato sui sistemi del corpo. La pratica infermieristica è stata riconcettualizzata in modo da risultare più della somma delle sue parti.

In seguito, studi sulla pratica infermieristica reale, analisi e validazione dei risultati da parte di un gruppo di infermieri esperti hanno confermato la validità del modello Synergy (tab. 1.1). Gli infermieri esperti erano convinti che le caratteristiche dell'infermiere determinassero le competenze per la certificazione della pratica assistenziale (Caterinicchio, 1995) e che fosse giusto collegare la certificazione della pratica assistenziale ai risultati dell'assistenza alla persona.

**Tabella 1.1** – Tempi dello sviluppo del modello Synergy per l'assistenza alla persona.

Data	Argomento	Partecipanti
1993	Sviluppo del framework concettuale per la certificazione della pratica assistenziale focalizzato sui bisogni e sulle caratteristiche della persona assistita	Martha A.Q. Curley, Mairead Hickey, Patricia Hooper, Wanda Johanson, Bonnie Niebuhr, Sarah Sanford e Gayle Whitman
1994	Il framework concettuale viene proposto per l'iscrizione al National Teaching Institute (NTI) dell'AACN	AACN Certification Corporation Board of Directors
1995	Studio globale e sistematico dell'assistenza infermieristica in area critica utilizzando il modello Synergy come framework concettuale	AACN Certification Corporation; Professional Examination Services (PES)

(continua)

Data	Argomento	Partecipanti
1995	Il framework concettuale viene affinato da esperti della materia	Martha A.Q. Curley, Duanne Foster-Smith, Deborah Gloskey, Janet Fraser Hale, Teresa Halloran, Sonya R. Hardin, Patricia Hooper, Mairead Hickey, Vickie Keough, Patricia Moloney-Harmon, Kathleen Shurpin, and Daphne Stannard
1996	Risultati ottimali dell'assistenza e indicatori di qualità vengono identificati in base a: 1. Soddisfazione della persona assistita e dei suoi familiari 2. Percentuale di eventi avversi 3. Percentuale di complicanze 4. Aderenza al piano di dimissione 5. Tasso di mortalità 6. Tempo di permanenza della persona assistita (giornate di ricovero)	Patricia Benner, Melissa Biel, Martha A.Q. Curley, Wanda Johanson, Marion Johnson, Marguerite Kinney, Benton Lutz, Patricia Moloney-Harmon, Alvin Tarlov e Cheri White
1999	Il modello Synergy viene adottato come framework per l'esame CCRN	AACN Certification Corporation Board of Directors
2001-2003, pubblicato nel 2004	Studio della pratica e analisi del lavoro. Revisione e ridefinizione delle caratteristiche dell'infermiere di area critica: livello di base, certificazione CCRN, pratica clinica avanzata (APRN)	AACN Certification Corporation; Patricia Atkins, Deborah Becker, Deborah Bingaman, Nancy Blake, Jo Ellen Craghead, Beth Diehl-Svrjcek, Sonya R. Hardin, Melissa Hutchinson, Linda Jackson, Roberta Kaplow, Marthe Moseley, Marlene Roman, Daphne Stannard, Karen Thomason, Darla Ura; Professional Examination Service (PES)
2010	Il rinnovo del CERP Synergy – basato sulle competenze dell'infermiere secondo il modello Synergy per l'assistenza alla persona dell'AACN – viene promosso come programma primario di rinnovo per gli infermieri certificati CCRN e PCCN	AACN Certification Corporation

Fonte: AACN Certification Corporation. (2015b). *History of AACN Certification Corporation*. Tratto da <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/aboutus.pcms?menu=certification>; AACN Certification Corporation. (2003). *CCRN—certification for adult, pediatric and neonatal critical care nurses* [CCRN Job Analysis]. Tratto da <http://www.aacn.org/wd/certifications/docs/executivesummaryjobanalysis03.pdf>; Curley, M.A.Q. (1998). Patient-nurse synergy: Optimizing patients' outcomes. *American Journal of Critical Care*, 7(1), 64-72; Muenzen, P.M., Greenberg, S. e Pirrol, K.A. (2004). *Final report of a comprehensive study of critical care nursing practice*. Tratto da <http://www.certcorp.org/certcorp.nsf/certcorp.ccrn>.

Il modello Synergy attualmente viene utilizzato come modello organizzativo per le certificazioni d'esame CCRN<sup>®</sup>, PCCN<sup>®</sup>, ACNP-AG<sup>®</sup> e AACNS-AG<sup>®</sup> dell'AACN. Il rinnovo da parte del CERP (Synergy Continuing Education Recognition Point)

degli esami CCRN e PCCN permette ai certificanti di dimostrare l'impegno nella continuità di acquisizione delle competenze infermieristiche pratiche tramite l'integrazione del modello Synergy.

## Assunti del modello Synergy

Gli infermieri aiutano le persone assistite e le loro famiglie a orientarsi all'interno del sistema sanitario durante i periodi di crisi. La premessa fondamentale del modello Synergy è che i risultati ottimali dell'assistenza alla persona e ai familiari si ottengono quando le competenze dell'infermiere vengono guidate dalle caratteristiche della persona assistita (Curley, 2007).

I seguenti assunti stabiliscono le basi per la collaborazione assistito-infermiere e forniscono il contesto per una maggiore comprensione di questa relazione collaborativa; quando i bisogni e le caratteristiche della persona assistita, dell'unità clinica o del sistema sono appaiate alle competenze dell'infermiere si ha la sinergia (AACN Certification Corporation, 2015a).

1. Le persone assistite sono entità biologiche, sociali e spirituali che sono presenti a un particolare stadio dello sviluppo. Deve essere tenuta in considerazione la totalità della persona (corpo, mente e spirito).
2. La persona assistita, la famiglia e la comunità contribuiscono a fornire il contesto per la relazione «assistito-infermiere».
3. Le persone assistite possono essere descritte in base a diverse caratteristiche. Le caratteristiche in questione sono connesse e contribuiscono l'una alla definizione dell'altra. Non è possibile considerarle separatamente.
4. Gli infermieri possono essere descritti in base a diverse dimensioni. Tali dimensioni fra loro correlate dipingono il profilo dell'infermiere
5. Un obiettivo dell'assistenza infermieristica è quello di riportare la persona assistita a un livello di benessere ottimale, definito dalla persona stessa. La morte può essere un esito accettabile, se l'obiettivo dell'assistenza infermieristica è quello di guidare l'assistito verso una morte serena.

## Caratteristiche e bisogni delle persone assistite

Il modello Synergy è focalizzato sul conoscere e capire la prospettiva delle persone assistite e dei loro familiari e tiene in considerazione la varietà di caratteristiche distintive di ogni persona: fisiche, sociali, psicologiche e spirituali. Queste caratteristiche nella popolazione degli ammalati di area critica possono essere definite attraverso una sequenza di «salute-vulnerabilità», come descritto nella tabella 1.2 (AACN Certification Corporation, 2015a).

Quando l'assistenza è guidata dai bisogni della persona assistita e coinvolge anche la famiglia, si viene a creare un ambiente terapeutico (AACN Certification Corporation, 2015a).

**Tabella 1.2** – Caratteristiche delle persone assistite, delle unità ospedaliere e dei sistemi sanitari che sono importanti per gli infermieri.

<b>Resilienza</b>	È intesa come la capacità di seguire un percorso da uno stato patologico verso uno stato di salute, sfruttando i meccanismi compensatori e di coping. Questa capacità identifica l'abilità di ripresa dopo aver subito un danno
<b>Vulnerabilità</b>	È intesa come suscettibilità della persona a reali o potenziali fattori di stress o pericoli che potrebbero influenzare negativamente i risultati dell'assistenza alla persona. La capacità di fronteggiare fattori di stress o pericoli è data dalla messa in essere di sistemi di protezione dello stato di salute
<b>Stabilità</b>	Abilità di mantenere uno stato di equilibrio omeostatico
<b>Complessità</b>	Identifica una condizione complessa caratterizzata dalla compresenza di due o più sistemi di patologie, terapie o condizioni familiari
<b>Disponibilità delle risorse</b>	Identifica il complesso delle risorse (per esempio, tecniche, fisiche, personali, psicologiche, sociali) che la persona assistita, i familiari e la comunità apportano alla situazione
<b>Partecipazione all'assistenza</b>	Considera l'impegno profuso dalla persona assistita e dai familiari nel processo di assistenza
<b>Partecipazione al processo decisionale</b>	Considera l'impegno profuso dalla persona assistita e dai familiari nel processo decisionale
<b>Predittività</b>	Insieme di caratteristiche la cui analisi permette la previsione di una determinata serie di eventi nell'andamento della malattia
Modificato da AACN Certification Corporation. (2015a). <i>The AACN Synergy Model for patient care</i> . Tratto da <a href="http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synmodel.pcms?menu=">http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synmodel.pcms?menu=</a> . Modificato su gentile concessione. © 2015 American Association of Critical-Care Nurses.	

## Caratteristiche e competenze dell'infermiere

Il modello Synergy descrive le caratteristiche dell'infermiere che riflettono l'insieme delle conoscenze, abilità, esperienze e attitudini necessarie per andare incontro ai bisogni degli assistiti e dei loro familiari. Le caratteristiche dell'infermiere derivano dai bisogni degli assistiti, indirizzano le abilità e il livello di competenze necessarie per ottenere risultati ottimali e sono essenziali per l'assistenza in area critica (tab. 1.3) (AACN Certification Corporation, 2015a).

**Tabella 1.3** – Competenze dell'infermiere che sono importanti per le persone assistite, le unità cliniche e i sistemi sanitari.

<b>Giudizio clinico</b>	Ragionamento clinico che include il processo decisionale, il pensiero critico, una comprensione globale della situazione, accompagnati ad abilità acquisite mediante l'integrazione fra la teoria e la pratica e l'utilizzo di linee guida fondate sulle evidenze scientifiche
<b>Advocacy/moral agency</b>	Lavorare a beneficio di un'altra persona rappresentando gli interessi della persona assistita, della sua famiglia e dello staff infermieristico; operare come un agente imparziale nell'identificazione e nella risoluzione di problemi etici e clinici, dentro e fuori l'unità di cura
<b>Pratiche di caring</b>	Attività del processo assistenziale volte a creare un ambiente adeguato e di supporto ai fini terapeutici per la persona assistita e lo staff. Lo scopo è promuovere il comfort, permettere la guarigione e prevenire inutili sofferenze. Include la responsabilizzazione del caregiver
<b>Collaborazione</b>	Capacità di lavorare con gli altri (per esempio, persona assistita, familiari, caregiver), in modo che venga promosso e incoraggiato il contributo di ognuno, al fine di raggiungere gli obiettivi identificati per la persona assistita/i familiari. Promuove il lavoro intra- e interdisciplinare con i colleghi e la comunità
<b>Pensiero sistemico</b>	Corpo di conoscenze e dati che permettono all'infermiere di gestire appieno tutte le risorse dell'ambiente e del sistema esistenti per la persona assistita/i familiari e per l'équipe, internamente o trasversalmente al sistema sanitario e non sanitario
<b>Risposta alla diversità</b>	Sensibilità di riconoscere le diversità in preparazione a un processo di assistenza. Tali diversità possono includere differenze culturali, di convinzioni religiose, di genere, etnia, stile di vita, condizione sociale ed economica, età, valori, ma non si limitano a queste
<b>Ricerca clinica/capacità formative ed educative</b>	Processo finalizzato al miglioramento della pratica clinica tramite la valutazione critica e la pratica basata sulle evidenze. Apportare miglioramenti alla pratica clinica attraverso l'utilizzo degli strumenti forniti dalla ricerca scientifica e gli insegnamenti dettati dall'esperienza
<b>Facilitazione dell'apprendimento</b>	Abilità volta a facilitare l'apprendimento per la persona assistita/i familiari, per lo staff infermieristico, per altri membri dell'unità di cura e per la comunità in senso generale. Include forme di insegnamento sia formali che informali

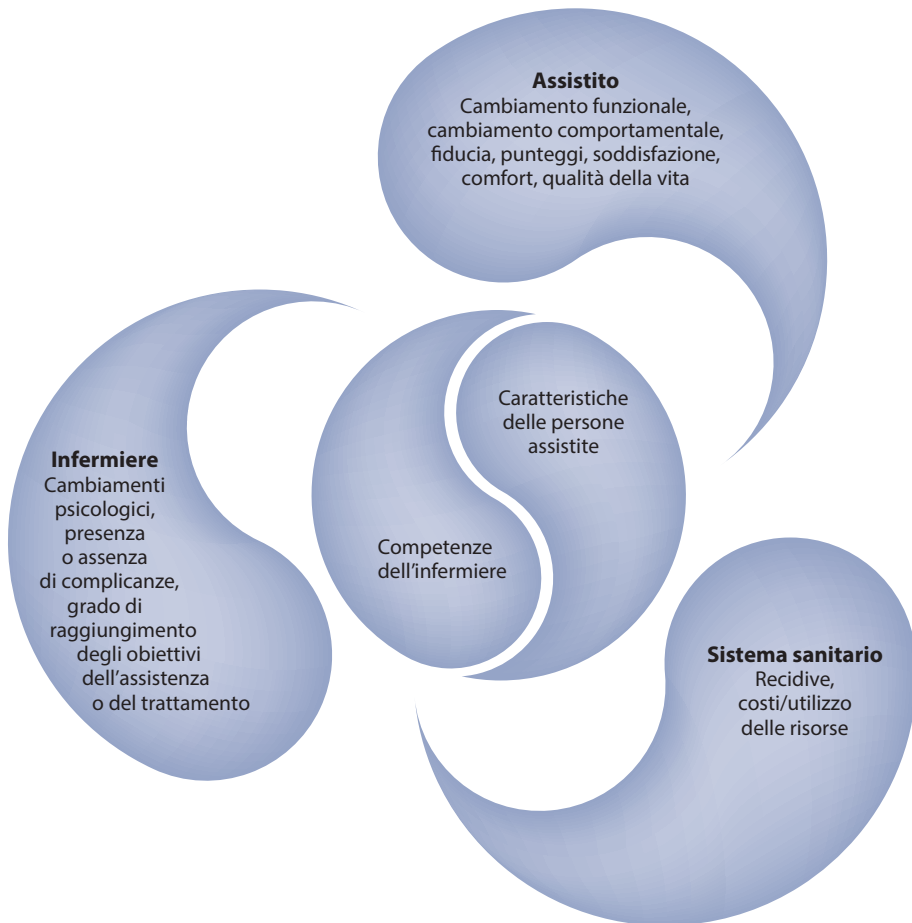
Modificato da AACN Certification Corporation. (2015a). *The AACN Synergy Model for patient care*. Tratto da <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synmodel.pcms?menu=certification>. Modificato su gentile concessione. © 2015 American Association of Critical-Care Nurses.

## Assistenza infermieristica certificata

Anche se è utilizzato come traccia per la certificazione della pratica assistenziale, il modello Synergy ha implicazioni di vasta portata per l'assistenza infermieristica e sanitaria.

Sarà necessario validare ulteriormente tramite la ricerca il legame fra i risultati dell'assistenza alla persona e la certificazione della pratica assistenziale. Per gli infermieri continuerà a essere importante la capacità di esprimere le connessioni e il contributo unico che essi possono dare all'assistenza, indipendentemente da dove questa venga erogata.

I fondi della ricerca dovrebbero essere indirizzati alla raccolta dati su assistiti, infermieri ed esiti del sistema sanitario, come definiti dal modello Synergy (fig. 1.1), nelle aree che hanno alte percentuali di infermieri certificati rispetto ad altre con istituti simili non altrettanto specializzati (Curley, 2007). Questi dati potrebbero contribuire al continuo perfezionamento e alla validazione del modello.



**Figura 1.1** – Il modello Synergy definisce tre livelli di esiti: quelli legati alla persona assistita, quelli legati all'infermiere e quelli legati al sistema sanitario.

Riprodotta da Curley, M.A.Q. (1998). Patient-nurse synergy: Optimizing patients' outcomes. *American Journal of Critical Care*, 7(1), 64-72. © 1998 American Association of Critical-Care Nurses.

Rosario Caruso, Federica Dellafiore, Tiziana Nania

La necessità di personalizzare l'assistenza infermieristica in risposta alle caratteristiche assistenziali dell'utenza e all'evoluzione del concetto di salute è una questione sempre più urgente e attuale. Infatti, nei Paesi sviluppati, la domanda di servizi al sistema sanitario si è profondamente modificata negli ultimi anni (Mossialos et al., 2016). La popolazione invecchia ed è via via più soggetta a condizioni di malattie croniche multifattoriali; le persone assistite sono sempre più consapevoli e informate relativamente ai loro diritti e alle loro condizioni di salute e le aspettative riposte nel sistema sanitario nazionale sono aumentate. In aggiunta, i concetti di efficienza, efficacia e appropriatezza sono centrali nel tentativo, da parte delle aziende sanitarie, di distribuire equamente le risorse disponibili, sempre più scarse.

### **Modelli assistenziali *patient-centred care***

Le dinamiche appena descritte rendono sempre più necessario il ricorso a modelli organizzativi di erogazione personalizzata delle cure infermieristiche. Infatti, questi modelli, oltre a garantire la centralità della persona assistita e la personalizzazione degli interventi (Kitson et al., 2013), valorizzano le competenze del personale infermieristico, riducendo così la dicotomia continua che separa ciò che è auspicato teoricamente dai contenuti della prassi assistenziale reale (Caruso, Fida, Sili e Arrigoni, 2016). Tali modelli, definiti *patient-centred care* (PCC), sono mirati a considerare la persona assistita in senso olistico e comprendono anche la famiglia e il contesto sociale, oltre che le peculiarità che rendono la persona assistita «unica» (Kitson et al., 2013). L'aspetto fondamentale di un percorso assistenziale che prevede al centro la persona assistita è quello di individuare i suoi bisogni, ponendosi come mediatori tra le evidenze scientifiche e le caratteristiche particolari della persona stessa (per esempio, aspirazioni, desideri, volontà). Inoltre, l'implementazione di modelli PCC richiede una filosofia condivisa dal team infermieristico e multidisciplinare.



L'approccio PCC, quindi, si fonda sulla piena considerazione della volontà della persona assistita e sul rispetto di questa volontà ogni qualvolta ci si appresti a prendere una decisione clinica. Tale approccio è, inoltre, riconosciuto come una strategia organizzativa per il miglioramento dei moderni sistemi sanitari. Infatti, la letteratura scientifica attuale riconosce che i modelli PCC hanno riscontri positivi sugli esiti della persona assistita, sul personale sanitario, sull'organizzazione e sulla spesa sanitaria. Tali modelli, infatti, sono in relazione con risultati di salute migliori per le persone assistite, maggiore autonomia e coordinamento nell'erogazione dell'assistenza infermieristica, miglior efficienza ed efficacia dei processi di cura, aumentata soddisfazione del personale e riduzione della spesa sanitaria (Greene et al., 2012).

Uno di questi modelli PCC è il Synergy Model (modello Synergy), sviluppato dalla American Association of Critical Care Nurses (2007) nel contesto americano. La principale novità introdotta da questo modello riguarda il fatto che sono proprio le caratteristiche della persona assistita a guidare e indirizzare le competenze infermieristiche. Quando la persona assistita e le sue caratteristiche sono in sinergia con l'infermiere e con le sue competenze professionali, la «relazione terapeutica» che ne scaturisce sarà di grande vantaggio per la persona assistita, incrementando così la possibilità che questa raggiunga migliori esiti clinici e assistenziali (Curley, 2007). Per il modello Synergy, ogni persona e ogni famiglia, così come ogni unità operativa e ogni sistema organizzativo, sono unici, con differenti competenze e capacità di far fronte alle condizioni di salute, di vulnerabilità e di malattia. Questo rende il modello adattabile ai contesti più diversi. Sono le caratteristiche delle persone assistite che ne descrivono il passaggio fra «salute» e «malattia».

Dai primi studi condotti nelle realtà ospedaliere americane, il modello Synergy sembra avere una ricaduta positiva sulla soddisfazione degli infermieri, sugli esiti clinici delle persone assistite (per esempio, gestione ottimale dei sintomi e della malattia, raggiungimento di un buon livello di autocura, riduzione dei ricorsi da parte dell'utenza, convinto coinvolgimento nel processo di assistenza) e a livello organizzativo (per esempio, risparmi, riduzione del turnover, riduzione dell'assenteismo, maggiore soddisfazione professionale, migliore gestione delle risorse umane) (Kohr et al., 2012). Inoltre, gli ospedali che adottano il modello Synergy hanno una maggiore possibilità di sviluppare i requisiti necessari per la certificazione di «ospedale Magnet» (Kaplow e Reed, 2008). Tale certificazione è rilasciata agli ospedali che creano ambienti di lavoro positivi, incentivano la crescita professionale degli infermieri e hanno ottimi risultati clinici (Kelly et al., 2011).

Nonostante sia sempre più evidente quanto i modelli come il Synergy siano vantaggiosi per rispondere ai reali bisogni delle persone assistite e abbiano un impatto positivo sulla salute delle persone ricoverate, il processo di implementazione di questi modelli non è facile e a oggi, in Italia, non ci sono realtà che applicano il modello Synergy. Curley (2007) indica che il rischio maggiore sia lo scollamento tra gli obiettivi del vertice strategico (dirigenza aziendale) e quelli

del nucleo operativo (gli infermieri coinvolti nel progetto d'implementazione), con ricadute negative sulla «salute» lavorativa del professionista. Inoltre, tra le ricadute positive per il vertice strategico è possibile annoverare la riduzione dei costi, vantaggio ampiamente discusso in letteratura e nello scenario sanitario moderno, ma ancora poco documentato nelle ricerche attuali.

## Il ruolo del professionista infermiere

All'interno di queste dinamiche, l'infermiere riveste un ruolo importante sia per garantire all'utente il soddisfacimento dei propri bisogni, sia per attuare un efficiente, efficace e appropriato utilizzo delle risorse, sempre più limitate, del sistema sanitario. Infatti, uno fra i principali obiettivi dell'assistenza infermieristica è raggiungere livelli ottimali nella relazione tra professionista e assistito e professionista e caregiver. L'attore «del percorso di cura» non è soltanto il professionista che possiede competenze tecniche e comunicative, ma anche la persona assistita che partecipa al processo decisionale nel percorso di cura ed è in grado di confrontarsi con il professionista sanitario.

Nel modello biomedico ancora presente in alcuni contesti, la «malattia» viene presa in considerazione solo come un fattore biologico-fisico, completamente slegato dal concetto della persona, che abbiamo visto essere intimamente composta da corpo, mente e spirito e inserita all'interno del contesto sociale e ambientale di appartenenza. Per tale ragione, si rende necessario il passaggio da un modello sanitario che si propone di valutare la malattia e ridurre l'azione sanitaria alla cura finalizzata alla guarigione – *to cure* – a un approccio definito *to care*, che comprende il prendersi cura della persona e il soddisfacimento dei suoi bisogni. Ciò, quindi, pone le basi dello sviluppo degli approcci PCC, che evidenziano l'esigenza di considerare l'assistito non solo sotto la lente della sua malattia, ma nella sua unicità come persona (Caruso et al., 2016). In riferimento a tale approccio, l'assistito deve essere dunque visto come un soggetto attivo e partecipe dell'intero percorso di cura. I suoi bisogni o le sue caratteristiche influenzano e guidano la scelta dei professionisti infermieri, che avvalendosi di determinate caratteristiche e competenze rispondono adeguatamente ai bisogni della persona presa in carico.

Il coinvolgimento del personale infermieristico, pertanto, diventa una leva strategica di successo o insuccesso dei progetti di implementazione dei modelli PCC (Aiken et al., 2014), dove entrano in gioco le competenze professionali. Il termine «competenza» deriva dal verbo latino *competere*, una fusione tra *cum* (preposizione semplice di compagnia, unione e contemporaneità/concomitanza) e *petere* (verbo transitivo della terza coniugazione che esprime sostanzialmente un'azione di moto verso qualcosa o qualcuno), ovvero «chiedere, dirigersi a». Il primo autore ad avere utilizzato il termine «competenza» è stato lo psicologo Robert White, il quale ha considerato la competenza come un concetto teorico

proprio. Tuttavia, le basi per le contemporanee definizioni di competenza sono state sollevate da McClelland e Spencer. In molti contesti rimane ancora ben radicata l'interpretazione di Patricia Benner (1982) nel suo rivoluzionario articolo *From Novice to Expert*, la quale adattò al nursing il modello prettamente matematico di acquisizione delle competenze dei fratelli Dreyfus. La Benner asserì che il grado di competenza di un infermiere dipende imprescindibilmente dalla sua esperienza e dal suo livello di educazione. Tutto ruota infatti attorno alla dipendenza dai concetti teorici appresi (corso di studio, formazione continua, protocolli, linee guida, ecc.) e dal continuo bagaglio di esperienza concreta che l'infermiere accumula durante la sua carriera lavorativa.

Il Nursing and Midwifery Council, che è il regolatore delle professioni infermieristiche e ostetriche nel Regno Unito, definisce la competenza clinica come un set globale di conoscenze, abilità e atteggiamenti richiesti al fine di operare in regime di sicurezza ed efficacia senza necessità di una diretta supervisione. Il Nursing and Midwifery Board of Australia la classifica come una combinazione di abilità, conoscenze, atteggiamenti, valori che sostengono una performance efficace e/o superiore in un dato ambito professionale/occupazionale. In Canada, una commissione composta da dieci organi infermieristici regolamentati ha dato un'ulteriore interpretazione della competenza clinica, definendola "la capacità dell'infermiere di integrare e applicare le conoscenze, le abilità, la capacità di giudizio e le caratteristiche personali che sono richieste per operare in sicurezza ed eticamente ricoprendo un determinato ruolo in un determinato ambiente".

Da queste definizioni si può notare la considerevole difficoltà nel dare una corretta accezione di «competenza», anche volendo utilizzare un modello analitico, in quanto argomento che racchiude in sé sia elementi oggettivi (conoscenze teoriche e tecniche date dall'educazione scolastica e dall'esperienza clinica; titolo di studio ed eventuali corsi di formazione/specializzazione in diverse aree cliniche), sia elementi puramente soggettivi (comportamenti, attitudini, emozioni e intenzionalità nel continuo miglioramento della propria figura professionale, non solo per se stessi, ma anche per mettersi al servizio della comunità). Purtroppo, la difficoltà nell'assegnazione di un significato di comune accordo a tale parola è riscontrabile anche nell'ambito della professione infermieristica, il che rende l'argomento di non semplice trattazione, ma al contempo altrettanto cruciale al fine di assicurare l'erogazione di un'assistenza sicura ed efficace all'utente.

## **L'esperienza applicativa del modello Synergy presso l'IRCCS Policlinico San Donato**

Negli ultimi anni, l'organizzazione dell'IRCCS Policlinico San Donato (PSD) ha dimostrato un interesse sempre crescente verso le tematiche che riguardano la personalizzazione dell'assistenza infermieristica. Pertanto, dalla partnership data dalla condivisione di intenti tra lo stesso PSD, la Penn University, la facoltà di

Psicologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano e il centro di ricerca EngageMinds Hub, è nato il desiderio di un progetto di implementazione del modello Synergy in PSD, attualmente ancora in fase di realizzazione.

Il modello Synergy è, quindi, finalizzato a ottimizzare le competenze infermieristiche, la formazione del personale e l'organizzazione a monte del processo di erogazione dell'assistenza, per arrivare ad avere una ricaduta positiva sugli esiti degli assistiti (per esempio, soddisfazione, *engagement* nel processo di cura, esiti relativi alla sicurezza e alla clinica) e dei professionisti coinvolti (per esempio, maggiore percezione di salute organizzativa, aumento dell'autoefficacia e degli esiti secondari al benessere organizzativo) (Caruso et al., 2016; Zaghini et al., 2017).

Tale progetto, iniziato nei primi mesi del 2015 e di cui se ne prevede la durata fino al 2025, è strutturato in varie fasi. Ognuna delle fasi di seguito descritte è fluida e dinamica, e si sviluppa in tempi che spesso si sovrappongono, senza rigidi passaggi temporali dalla precedente alla successiva. Per semplicità e chiarezza, vengono suddivise come segue.

- *Fase 1*: analisi delle barriere percepite dal personale infermieristico in PSD all'implementazione di un modello organizzativo PCC, come il modello Synergy (fase attuata e conclusa, 2015-2016).
- *Fase 2*: cambiamenti organizzativi in PSD che prevedono una serie standardizzata di interventi e l'elaborazione della documentazione clinica in linea con le caratteristiche del modello Synergy (fase attuata e conclusa, 2017-2018).
- *Fase 3*: fase pilota di implementazione del modello presso l'unità operativa di cardiocirurgia adulti (fase in corso di sviluppo, 2019-2021).
- *Fase 4*: erogazione dell'assistenza infermieristica secondo il modello Synergy presso le unità operative di PSD (fase prevista fra il 2021 e il 2025).

Inoltre, al fine di poter verificare e oggettivare il possibile impatto dell'implementazione del nuovo modello di erogazione dell'assistenza infermieristica secondo il modello Synergy sugli esiti clinici e assistenziali della persona assistita, del personale sanitario e del clima organizzativo, si è pensato di sviluppare contemporaneamente alle modifiche organizzative un progetto di ricerca. Infatti, è stato stilato un protocollo di ricerca, con disegno di studio osservazionale longitudinale della durata di 4 anni, dal titolo *Modello Synergy: esiti dell'implementazione di un modello di assistenza infermieristica patient-centred care* (numero protocollo 10/int/2018).

Di seguito vengono descritte nel dettaglio le varie fasi.

### **Fase 1: analisi delle barriere percepite all'implementazione del modello Synergy**

La prima fase del progetto ha avuto lo scopo di indagare e descrivere le barriere percepite dal personale infermieristico come ostacolo alla futura implementazione del modello Synergy attraverso uno studio con metodo misto sequenziale (Dellafiore et al., 2019a). Tale fase è stata condotta tra il 2015 e il 2016 mediante in-

Sonya R. Hardin · Roberta Kaplow

# Il modello Synergy per l'eccellenza clinica

Il modello Synergy dell'AACN applicato  
alla cura delle persone assistite

Questo testo presenta un innovativo modello organizzativo *patient-centered* e le relative caratteristiche dell'infermiere e della persona assistita che stanno alla base della "sinergia" da cui far nascere una relazione terapeutica.

Basato su un decennio di lavoro dell'*American Association of Critical-Care Nurses* (AACN), il modello Synergy può essere utilizzato come quadro concettuale per implementare un modello di erogazione dell'assistenza infermieristica che risponda in modo efficiente ed efficace al soddisfacimento dei bisogni delle persone assistite e dei professionisti della salute.

Oltre a inquadrare il modello Synergy dal punto di vista storico e teorico, questo testo presenta numerosi capitoli dedicati all'applicazione pratica del modello in svariati contesti clinici, dalle unità operative di area critica, ambito in cui il modello è nato e si è sviluppato inizialmente, agli ambiti clinici di cure non intensive (come i servizi perioperatori e ambulatoriali). Inoltre, alcuni capitoli illustrano l'applicazione del modello Synergy nell'organizzazione infermieristica, nella ricerca scientifica, nei programmi di formazione universitaria e professionale, nella creazione di strumenti per la valutazione della complessità assistenziale delle persone assistite e per ottenere il riconoscimento Magnet® dall'*American Nurses Credentialing Center*. L'ultimo capitolo, espressamente scritto per l'edizione italiana dell'opera, presenta il progetto di implementazione del modello Synergy presso l'Unità Operativa di Cardiocirurgia dell'IRCCS Policlinico San Donato.

HARDIN\*SYNERGY MODEL

(CEA

ISBN 978-88-08-98006-9



9 788808 980069

**Al Pubblico**  
P. Cop.

€ 36,00...  
€ 34,62