



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Dipartimento di Medicina Traslazionale  
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE  
IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

Presidente: Prof. Fabrizio Faggiano

**L'IMPATTO DEL MODELLO ASSISTENZIALE "PRIMARY  
NURSING" VERSUS "TEAM NURSING" NEL PAZIENTE  
CRONICO: STUDIO OSSERVAZIONALE**

Relatore:

Dott. Daniel Lloret Irles

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Daniel Lloret Irles', with a long horizontal stroke extending to the right.

Candidato:

Dott. De Masi Mattia  
Matricola 20048025

Anno accademico 2022 – 2023

## SOMMARIO

### LISTA DELLE ABBREVIAZIONI

### ABSTRACT

1. INTRODUZIONE .....	5
1.1 LE PATOLOGIE CRONICHE.....	5
1.2 I MODELLI ORGANIZZATIVI ASSISTENZIALI .....	7
1.2.1 IL MODELLO DI ASSISTENZA TEAM NURSING.....	7
1.2.2 IL MODELLO DI ASSISTENZA “PRIMARY NURSING” .....	10
1.3 I NURSING SENSITIVE OUTCOMES .....	12
2. OBIETTIVO .....	15
3. IPOTESI .....	16
4. MATERIALI E METODI .....	16
4.1 DISEGNO .....	16
4.2 PARTECIPANTI .....	17
4.3 VARIABILI E MISURE .....	20
4.4 PROCEDURA .....	22
4.4.1 PROCEDURA DI SOMMINISTRAZIONE DEI QUESTIONARI .....	23
4.5 FASI DELLO STUDIO .....	25
4.6 ANALISI DEI DATI.....	25
4.7 ASPETTI ETICI.....	26
5. RISULTATI .....	27
6. DISCUSSIONE DEI RISULTATI.....	36
7. CONCLUSIONI .....	40
BIBLIOGRAFIA .....	41
ALLEGATI	

## **Lista delle abbreviazioni**

ADT: Accettazione Dimissione Trasferimento

ASL: Azienda Sanitaria Locale

MIC: Medicina Intensità di Cura

PAM: Patient Activation Measure

PO: Presidio Ospedaliero

UO: Unità Operativa

## **ABSTRACT**

**OBIETTIVO:** Analizzare l'impatto del modello assistenziale "Primary nursing" nel confronto con il modello "Team nursing" nel paziente cronico: in particolare l'attivazione dei pazienti (intesa come autonomia e consapevolezza del proprio stato di salute), i tempi di degenza, il numero di dimissioni a domicilio e la soddisfazione del personale sanitario.

**MATERIALI E METODI:** Disegno: Ricerca quantitativa-osservazionale. Partecipanti: Il campione finale fu composto da 100 pazienti classificati in Gruppo 1 (n=50) e Gruppo 2 (n = 50) e 28 infermieri divisi in Gruppo 1 (n = 12) e Gruppo 2 (n = 16). Il Gruppo 1 segue il modello "Primary nursing" e appartiene alla "Medicina MIC 2" del P.O. San Giovanni Bosco, mentre il Gruppo 2 corrisponde al modello "Team nursing" e fu reclutato nella "Medicina Multispecialistica" del P.O. Martini. Misure: Per i pazienti venne registrato il livello di attivazione (autogestione, autonomia e consapevolezza) all'ingresso e all'uscita, tramite questionario "Patient Activation Measure", il tempo di degenza media e il numero di dimissioni a domicilio. Per gli infermieri è stata valutata la soddisfazione al lavoro tramite questionario "Index of work satisfaction" (autonomia, status professionale, retribuzione, mansioni richieste dal ruolo, politiche organizzative, interazione con i medici, interazione con i colleghi infermieri).

**RISULTATI:** Il livello di attivazione aumenta nei pazienti del gruppo 1 con un valore medio di 0,65 in più rispetto al gruppo 2: si traduce in un maggior impatto del modello Primary nursing per quanto riguarda le conoscenze, le capacità del paziente e la fiducia per l'autogestione della malattia, l'autonomia e consapevolezza dello stato di salute. Il numero di dimissioni a domicilio è stato del 90% (45/50) nel gruppo 1 mentre del 74% (37/50) nel gruppo 2. La durata della degenza media è stata di 11,12 nel gruppo 1 e di 17,96 giorni nel gruppo 2. I risultati della soddisfazione lavorativa non evidenziano differenze statisticamente significative.

**CONCLUSIONI:** Nei pazienti del Gruppo 1 si evidenziano migliori livelli di attivazione, un tempo di degenza media minore e un aumentato numero di dimissioni a domicilio rispetto a quelli del Gruppo 2. Non è possibile esprimere una considerazione sulla soddisfazione del personale infermieristico in quanto la numerosità del campione non ha permesso di misurarne la significatività.

# 1. INTRODUZIONE

## 1.1 LE PATOLOGIE CRONICHE

L'invecchiamento della popolazione porta con sé un numero crescente di persone con patologie croniche; questa evoluzione demografica riguarda molti paesi, in primis l'Italia che presenta un indice di vecchiaia e dipendenza fra i più alti in Europa. Si mette in rilievo l'importanza di riuscire a gestire la cura delle malattie croniche in modo più efficiente, garantendo comunque servizi di qualità e produzione di valore per le persone, che sono il primo obiettivo dei sistemi sanitari. Diversi studi e stime hanno messo in rilievo che tale evoluzione demografica, con il conseguente aumento della cronicità, è una delle sfide per la sostenibilità dei sistemi sanitari [1]. Infatti in Italia, secondo i dati Istat del 2020, circa il 41% della popolazione soffre di almeno una patologia cronica. Le patologie cronicodegenerative sono maggiormente frequenti nelle fasce di età più adulte: nella classe di popolazione tra 55 e 59 anni ne soffre circa il 54%, mentre tra le persone ultrasettantacinquenni la quota raggiunge addirittura l'85,4% [2].

Nella malattia cronica l'incontro tra medico e paziente diventa problematico, poiché la fenomenologia clinica cambia radicalmente in quanto mancano sintomi evidenti e spesso il decorso resta silente per anni; inoltre non sempre vi è correlazione tra sintomi e parametri biologici, in particolare nelle fasi iniziali in cui si manifestano i fattori di rischio. Dunque la terapia ha l'obiettivo di ricondurre entro la norma i parametri biologici, ma ciò nonostante l'evoluzione clinica resta incerta sul lungo periodo e può essere influenzata dallo stile di vita e dalle abitudini del paziente e altresì la guarigione e/o la restitutio ad integrum di regola non è possibile [3].

La transizione demografica, sintetizzabile con l'aumento dell'aspettativa di vita verificatosi lungo tutto il secolo XX, si accompagna a marcati mutamenti di natura epidemiologica, caratterizzati essenzialmente da una riduzione dell'incidenza e della letalità delle malattie infettive e da un aumento delle patologie cronicodegenerative [4].

Sulla base della definizione utilizzata in sede di Organizzazione Mondiale della Sanità, è stata elaborata un'ampia definizione di malattia cronica del seguente tenore: «qualsiasi malattia che conduce a problemi di salute e forme di inabilità che necessitano di trattamenti terapeutici che durino almeno un anno».

Al di là delle definizioni più o meno stringenti, nel concreto sono pacificamente ricondotte sotto il concetto delle malattie croniche una serie di patologie, pur caratterizzate da alcuni tratti di peculiarità e specificità: [5]

- malattie cardiovascolari,
- diabete e altre malattie renali,
- malattie oncologiche,
- malattie epatiche,
- malattie respiratorie,
- disturbi mentali,
- malattie di tipo reumatico e artritico.

In uno studio olandese di N. Donders [6], sono state considerate malattie croniche anche le seguenti:

- malattie del sistema nervoso (morbo di Parkinson, sclerosi multipla);
- malattie della pelle,
- malattie del sistema endocrino,
- malattie gastro-intestinali.

L'aumento costante del numero dei malati cronici rappresenta sempre più una sfida per il sistema sanitario: dati epidemiologici (OMS, 2005) hanno evidenziato che le patologie croniche riducono drasticamente gli anni di vita sana (DALY – Disability-Adjusted Life Year) soprattutto nei pazienti di età 30-59 anni; al contempo il miglioramento dell'efficacia delle terapie ha condotto ad un significativo aumento delle loro aspettative di vita. Diviene quindi necessario, per l'intero sistema sanitario, sviluppare modelli gestionali di presa in carico capaci di rispondere a bisogni nuovi e garantire una buona qualità della vita per molti anni [7].

## **1.2 I MODELLI ORGANIZZATIVI ASSISTENZIALI**

Sono stati introdotti un gran numero di modelli di assistenza infermieristica negli ultimi anni: il personale infermieristico è associato alla qualità della cura del paziente e ai risultati del paziente. Infatti un modello di cura ben definito è importante perché consente agli infermieri di entrare in un'organizzazione per immaginare e comunicare le loro pratiche. Possiamo definire un modello di cura come un insieme di strutture e processi che supportano il controllo degli infermieri sulla loro pratica [8].

I modelli organizzativi per l'assistenza più conosciuti sono: la presa in carico totale del paziente, l'assistenza per compiti, l'assistenza per piccola equipe (di seguito denominato "Team nursing") e l'assistenza "personalizzata" (di seguito denominato "Primary nursing"). Questi modelli si differenziano nel modo di prendere le decisioni, nell'assegnazione dei compiti, negli strumenti informativi; nella gestione e alla base della scelta del modello vi sono forze sociali ed economiche diverse [8].

In questo elaborato ci soffermeremo su due dei modelli organizzativi citati, ovvero "Team nursing" e "Primary nursing": questa scelta è dettata dal fatto che nell'A.S.L. Città di Torino si utilizzano entrambi in quanto il primo modello citato è sempre stato presente, mentre negli ultimi anni si sta implementando progressivamente il "Primary nursing". Per cui lo studio ha lo scopo di oggettivare i risultati di entrambi i modelli al fine di valutarli e confrontarli in termini di esiti infermieristici.

Inoltre l'elaborato si auspica di avere un risvolto significativo per essere di supporto alle scelte aziendali e di contribuire ad aumentare la letteratura sull'oggetto di tesi, in quanto pochi studi hanno esplorato l'efficienza di tali modelli e il relativo impatto su personale infermieristico, pazienti e organizzazioni; quelli che invece hanno indagato i modelli rilevano delle differenze, ma non sono concordi su vantaggi e svantaggi.

### **1.2.1 IL MODELLO DI ASSISTENZA TEAM NURSING**

Il modello di assistenza "Team nursing" è nato negli anni '50; la filosofia di tale modello era di venire incontro a tutti i bisogni dei pazienti, usando al contempo le risorse infermieristiche in modo efficiente [9].

Il modello si sviluppò per fare fronte alle crescenti richieste di prestazioni infermieristiche, mentre si riconosceva sempre più il cambiamento del ruolo dell'infermiere professionale in relazione all'aumento del numero del personale infermieristico non professionale (di supporto) [10].

Esso si basa sul concetto che un piccolo gruppo di infermieri, che lavora assieme sotto la guida di un leader, può fornire un'assistenza migliore rispetto agli stessi infermieri che lavorano individualmente; il modello si avvale di un gruppo eterogeneo di operatori sanitari con diversi gradi e tipi di formazione, competenze ed abilità, come infermieri professionali, personale tecnico ed ausiliario. L'obiettivo è quello di lavorare collaborando, cooperando e condividendo la responsabilità in generale e, per quanto risulti possibile, sulle varie fasi dell'assistenza al paziente come l'accertamento, la pianificazione, gli interventi e la valutazione dei risultati [11].

Il modello "Team nursing" è tradizionale e gerarchico: i membri del team sono responsabili del gruppo di pazienti affidato e sottostanno alle decisioni dell'infermiere professionale, che è pertanto il capo-equipe. L'assistenza viene assegnata ad operatori con diversi livelli di competenze, a seconda della complessità dei bisogni del paziente e dell'assistenza richiesta. Il capo-equipe supervisiona, osserva e valuta i membri del gruppo unitamente all'assistenza fornita; se necessario, l'infermiere professionale fornisce assistenza complessa e diretta, ma raramente si occupa di altri tipi di assistenza "manuale". Dunque, affinché questo modello sia efficace, il capo-equipe deve avere una formazione adeguata e l'esperienza necessaria per essere un leader forte e garantire una chiara comunicazione [12].

Anche la comunicazione è gerarchica in quanto le consegne vengono date/ricevute dall'infermiere incaricato al capo-equipe e da quest'ultimo ai membri dell'equipe. Tale modello da alcuni viene visto come decentralizzato perché alla fine il processo decisionale, l'autorità e la responsabilità dell'assistenza riguardano solo il capo-equipe [11].

Il modello può anche essere considerato centralizzato poiché il capo-equipe, per quanto riguarda il processo decisionale, è in qualche modo dipendente dall'infermiere incaricato.

Il periodo di tempo di assegnazione di un paziente ad una equipe può variare: per la durata di un solo turno, o per tutta la sua permanenza in ospedale [13].

Il modello “Team nursing” ha permesso l’impiego del personale ausiliario (come personale tecnico e aiuto–infermieri) per mezzo della delegazione e la supervisione da parte di un infermiere professionale [13], mentre il capo equipe resta il responsabile [14].

I vantaggi dell’approccio “Team nursing” hanno incluso la continuità dell’assistenza e una migliore interazione tra gli infermieri e i pazienti [14].

## **1.2.2 IL MODELLO DI ASSISTENZA “PRIMARY NURSING”**

Il “Primary nursing” è nato negli anni ’60 e viene detto anche modello di “assistenza personalizzata”: esso si basa su una relazione infermiere-paziente incentrata sul paziente e con un rapporto di proporzione numerica infermiere/paziente di 1 a 1, promuovendo la continuità assistenziale. [11]

Nello stesso periodo nasce nei pazienti, nei medici e negli infermieri un’insoddisfazione generale nei confronti dell’assistenza ospedaliera, la quale risulta frammentaria, spersonalizzata e discontinua, nonché priva di un contatto diretto con il paziente.

Inoltre gli infermieri vogliono recuperare la relazione con i pazienti che avevano una volta: il passo verso l’assistenza “personalizzata” è stato favorito dai nuovi valori umanistici molto in voga negli anni ’60 e ’70 e quindi dalla loro progressiva influenza. [13]

L’infermieristica primaria, primary nursing, può essere descritta come un sistema di consegna comprendente quattro elementi organizzativi che la differenziano da altri sistemi, come l’infermieristica funzionale e l’infermieristica di gruppo. Essi sono i seguenti: responsabilità relazionale e decisionale, assegnazione del lavoro e dei pazienti, comunicazione tra i membri del personale, filosofia di gestione e leadership [15].

A seconda dei bisogni dell'assistito e in base alle competenze del professionista, ogni paziente viene assegnato ad uno specifico infermiere primario; questi si assume la responsabilità nelle 24 ore della persona affidatagli e per tutta la durata della degenza ha l'autorità di fare accertamenti e di pianificare, organizzare, attuare, coordinare e rivalutare l'assistenza in collaborazione con gli stessi pazienti e le loro famiglie. Altresì l'infermiere primario decide come fornire la propria assistenza: personalmente, ogniqualvolta è possibile, mentre quando egli non è disponibile, la stessa viene delegata ad un infermiere associato, che si fa carico della responsabilità del paziente, rispettando la pianificazione sviluppata dall'infermiere primario [13].

Nel modello di assistenza "Primary nursing" il processo decisionale è decentralizzato ed avviene "al letto" del paziente: gli infermieri primari che valutano e giudicano individualmente sono responsabili delle loro decisioni e delle loro azioni. Per quanto riguarda questo modello la comunicazione è orizzontale, in quanto essa avviene da operatore ad operatore ed include la comunicazione con altre discipline e con altri infermieri [13].

Nel tempo tale modello è stato associato alla crescente importanza del processo assistenziale infermieristico in quanto permetteva un approccio più individuale e di problem-solving, con l'applicazione di metodi scientifici al mondo dell'infermieristica e lo sviluppo della ricerca infermieristica. Inoltre negli anni '70 e nei primi '80 la popolazione dei pazienti è diventata sempre più complessa e di conseguenza l'assistenza "personalizzata" era destinata a ridare all'infermiere la possibilità di fornire assistenza diretta; inoltre essa era compatibile con un approccio individuale e di problem-solving anche per pazienti con bisogni sempre più maggiori e complessi [11].

Alcuni studi riportano che l'assistenza "personalizzata" ha una qualità migliore rispetto ai modelli di assistenza per compiti, per piccole equipe o di presa in carico totale [16].

Altri studi invece non hanno rilevato differenze notevoli tra l'assistenza erogata tramite il "Primary nursing" e quella tramite il "Team nursing" nei confronti della qualità della stessa o del benessere dei pazienti [10].

La letteratura rivela discrepanze anche nella descrizione dei modelli, non trovando concordanza su relativi vantaggi e svantaggi; poiché i cambiamenti nel personale infermieristico sono importanti implicazioni sulla fornitura di assistenza sanitaria, è importante realizzare studi in cui vengono presi in considerazione appunto il personale, l'organizzazione e gli esiti dei pazienti [17].

Tabella 1

Punti di forza e debolezza modelli organizzativi assistenziali

	<i>PUNTI DI FORZA</i>	<i>PUNTI DI DEBOLEZZA</i>
<i>TEAM NURSING</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegnazione dei pazienti e responsabilità definite;</li> <li>• L'assistenza viene assegnata ad operatori con diversi livelli di competenze;</li> <li>• Il capo equipe supervisiona i membri del gruppo e l'assistenza fornita;</li> <li>• Collaborazione con altre professioni sanitarie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non tutti gli infermieri desiderano assumere il ruolo di responsabile di un gruppo;</li> <li>• Elaborare piani di assistenza richiede una grande e assodata cultura infermieristica;</li> <li>• La responsabilità per l'assistenza riguarda solo il turno assegnato;</li> <li>• Comunicazione di tipo gerarchica.</li> </ul>
<i>PRIMARY NURSING</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenza centrata sul paziente;</li> <li>• Maggiore continuità assistenziale;</li> <li>• Maggiore autonomia, responsabilità e autorevolezza del ruolo;</li> <li>• Maggiore interazione tra infermiere, paziente e medico.</li> <li>• Comunicazione di tipo orizzontale;</li> <li>• La responsabilità per l'assistenza riguarda tutta la durata della degenza;</li> <li>• Collaborazione con altre professioni sanitarie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oneroso in termini di personale e formazione;</li> <li>• Conflitti tra infermieri primari e colleghi;</li> <li>• Focalizzazione sui risultati.</li> </ul>

### 1.3 I NURSING SENSITIVE OUTCOMES

In letteratura si trovano diverse definizioni di “nursing sensitive outcomes” o “nursing outcomes”, tutte sono riconducibili al contributo dell’assistenza infermieristica nel percorso di cura del paziente.

L’autore Marek [18] li definisce come un cambiamento misurabile nello stato di salute del paziente correlato alle prestazioni infermieristiche, mentre Gordon [19] li considera una condizione clinica, un comportamento o una percezione del paziente/caregiver sensibile agli interventi infermieristici. L’IOWA Outcomes Project sui Nursing Outcomes Classification del 2000 determina gli esiti infermieristici come una condizione, un comportamento o una percezione misurabile dal paziente o dalla sua famiglia, concettualizzata come variabile e largamente “influenzata da” o “sensibile alle” cure infermieristiche.

Negli ultimi quindici anni di ricerca sono stati presi in esame numerosi nursing sensitive outcome e sono state ipotizzate diverse classificazioni: in generale possiamo definire gli esiti sensibili alle cure infermieristiche come una variazione di condizione, di comportamento o di percezione della persona assistita direttamente correlata all’attività assistenziale. E’ evidente che la complessità nella valutazione è data dalla contemporanea partecipazione di più professionisti sanitari, che comporta interventi assistenziali erogati che contribuiscono in modo differente al raggiungimento degli esiti sperati [20].

Là dove gli indicatori di esito sono in grado di mappare miglioramenti delle prestazioni sanitarie, essi diventano dei potenti strumenti decisionali per indirizzare scelte e modelli organizzativi, nonché orientare il cambiamento sotteso al ridisegno dei Servizi Sanitari, ad oggi sempre più necessario. I vantaggi che si possono ottenere dalla diffusione del lavoro di misurazione, di raccolta e di registrazione dei dati sugli esiti sensibili all’assistenza infermieristica sono molteplici; tra questi si possono ricordare: [11]

- il contributo alla creazione di informazioni standardizzate sugli esiti sanitari, necessarie per prendere decisioni puntuali, efficaci ed efficienti circa l’erogazione dell’assistenza al paziente e specifica della professione infermieristica;

- la disponibilità di informazioni comparative sulle pratiche infermieristiche, sui modelli organizzativi, sulle competenze dei professionisti, rendendo quindi possibile alle organizzazioni sanitarie la valutazione di linee politiche volte a mitigare l'impatto dei fattori che influiscono negativamente sull'esito delle cure;
- la valutazione dei processi decisionali operati dagli infermieri nelle pratiche assistenziali.

In questo studio, per valutare l'impatto dei due modelli assistenziali, si è reputato utile analizzare alcuni esiti sensibili all'attività infermieristica ed in particolare: l'attivazione del paziente (intesa come autonomia e self-care del paziente), il tempo di degenza medio, il numero di dimissioni a domicilio e la soddisfazione del personale infermieristico, dal momento che un team che lavora bene rappresenta un requisito necessario per fornire un'adeguata assistenza al paziente.

La scelta di questi esiti, successivamente descritti in modo dettagliato, è dettata dal fatto che essi potevano essere facilmente misurabili attraverso appositi sistemi informatici e/o questionari e perché tutti questi potrebbero fornire dati utili per orientare le scelte aziendali verso il modello del "Primary nursing" piuttosto che quello del "Team nursing".

#### *Attivazione del paziente*

I livelli di attivazione sono stati associati ai comportamenti di autogestione, autonomia e consapevolezza del proprio stato di salute; vari studi hanno di fatto indicato che i pazienti che risultano più "attivati" hanno una probabilità significativamente più alta rispetto a quelli meno "attivati" di ricevere cure preventive, seguire i regimi terapeutici e partecipare maggiormente alle loro decisioni sanitarie [21].

Queste associazioni tra livelli di attivazione più elevati e migliori risultati clinici, comportamentali e di utilizzo sono stati mantenuti nel tempo, fino a due [22] o quattro anni [23]. L'autonomia della persona alla base della qualità di vita rappresenta l'esito misurabile da perseguire primariamente per i pazienti cronici complessi.

### *Tempo di degenza*

Il tempo di degenza è inteso come il numero di giorni intercorsi tra ricovero e dimissione; il tempo di degenza medio è dato dal rapporto fra numero di giornate di degenza erogate a un determinato insieme di pazienti e il numero dei pazienti stessi. I dati sulla degenza forniscono quindi una valida proxy per la stima del consumo delle risorse ospedaliere.

### *Dimissioni a domicilio*

La dimissione a domicilio corrisponde al momento in cui il paziente non ha più necessità di cure in regime di ricovero può ritornare al proprio domicilio, dove continuerà il percorso di convalescenze con l'eventuale assistenza della ordinaria rete territoriale.

### *Soddisfazione del personale infermieristico*

In letteratura secondo Locke [24] si definisce “soddisfazione lavorativa” lo stato emotivo piacevole o positivo derivante dalla valutazione del proprio lavoro, che è in grado di soddisfare valori personali importanti.

Spector [25] spiega la soddisfazione lavorativa semplicemente come la percezione più o meno positiva della propria esperienza di lavoro, mentre Stamps [26] la definisce come il grado in cui le persone apprezzano la loro professione.

In psicologia del lavoro lo studio della “soddisfazione lavorativa” è legato ai processi di motivazione e miglioramento della *performance*: infatti il termine “motivazione” trae origine dal latino *motus* (ossia “moto”), termine che riconduce a processi psicologici volontari che determinano ed influenzano la genesi, la direzione e la persistenza di azioni volontarie dirette verso un obiettivo [27].

La motivazione al lavoro è il complesso processo delle forze che attivano, dirigono e sostengono il comportamento del lavoratore nel corso del tempo [28].

Esiste una motivazione estrinseca, correlata alle ricompense tangibili come salario, sicurezza, promozione, contratto, ambiente e condizioni di lavoro, ed una motivazione intrinseca, riconducibile a ricompense psicologiche come l'opportunità di utilizzare le proprie conoscenze e abilità.

Quindi la soddisfazione è il modo in cui le persone sentono il proprio lavoro ed i differenti aspetti che lo qualificano: “quanto il lavoro piace o non piace”; mentre la motivazione risiede nell’investimento della realizzazione di prestazioni e nel legame di appartenenza, nonché “il grado in cui l’individuo sceglie di impegnarsi in determinati comportamenti”. Tuttavia, nonostante si renda palese a questo punto l’esistenza di una relazione tra i due termini, gli studi empirici non chiariscono le implicazioni di questo legame.

Analizzando poco il perché, un individuo può essere motivato senza essere soddisfatto ma viceversa non può essere soddisfatto senza essere motivato.

È interessante notare come l’insoddisfazione del personale infermieristico generi un vero e proprio circolo vizioso: l’incremento di uscite volontarie che ne deriva genera problemi di organizzazione (aumento dell’orario di lavoro, dei ritmi e dei carichi di attività, diminuzione dei riposi, turni più sfavorevoli, difficoltà a ottenere giorni di permesso o di ferie, ecc.), i quali a loro volta incidono negativamente sulla soddisfazione lavorativa e vanno a favorire un ulteriore turnover. Oltre a ciò, tale soddisfazione è attualmente riconosciuta come un fattore capace di influenzare molte altre variabili, tra cui troviamo assenteismo, irreperibilità, bassa motivazione, prestazioni carenti, conflitti, qualità del servizio e della cura (che inevitabilmente influiscono sulla soddisfazione/insoddisfazione dei pazienti e sull’efficacia terapeutica): tutti elementi che, sommandosi, possono compromettere i risultati generali dell’organizzazione. In questo senso l’eventuale presenza di un’insufficiente soddisfazione lavorativa del personale infermieristico può aumentare i costi, sia in modo diretto (ad esempio per le azioni di reclutamento, selezione e formazione che si renderanno per forza necessarie), sia in modo indiretto (come il mancato contenimento delle spese e l’incremento delle contestazioni da parte dei pazienti) [29].

## **2. OBIETTIVO**

L’obiettivo generale è analizzare nel paziente cronico l’impatto del modello organizzativo assistenziale definito “Primary nursing” nel confronto con il modello tradizionale, ovvero “Team nursing”.

Lo scopo ultimo dell'iniziativa è supportare i sistemi sanitari fornendo dei nuovi e validi strumenti di misurazione, utili a migliorare l'assistenza sanitaria offerta a questa tipologia di pazienti.

Gli obiettivi specifici sono i seguenti:

1. Determinare se ci sono differenze nell'attivazione del paziente tra i modelli "Primary nursing" e "Team nursing".
2. Comparare il tempo degenza nei modelli "Primary nursing" e "Team nursing".
3. Confrontare il numero di dimissioni a domicilio nei modelli "Primary nursing" e "Team nursing".
4. Determinare se ci sono differenze nella soddisfazione lavorativa del personale infermieristico nei modelli "Primary nursing" e il modello "Team nursing".

### **3. IPOTESI**

Secondo la letteratura precedente, il modello organizzativo di assistenza "Primary nursing" dovrebbe avere un impatto sulle seguenti variabili:

Ipotesi 1- Aumentare la consapevolezza e autonomia del paziente a riguardo del proprio stato di salute.

Ipotesi 2- Ridurre il tempo di degenza inteso come il numero di giorni tra il ricovero e la dimissione.

Ipotesi 3- Aumentare il numero di dimissioni a domicilio.

Ipotesi 4- Aumentare la soddisfazione del personale infermieristico.

## **4. MATERIALI E METODI**

### **4.1 DISEGNO**

Lo studio è stato condotto in Piemonte, in due presidi ospedalieri dell'A.S.L. Città di Torino.

In questo contesto, nel reparto “Medicina MIC 2” del P.O. San Giovanni Bosco è implementato il “primary nursing” mentre nel reparto “Medicina multispecialistica” del P.O. Martini il modello del “team nursing”. Sono stati identificati due campioni: un campione relativo ai pazienti e l’altro relativo al personale infermieristico.

Per raggiungere gli obiettivi sopra descritti è stato condotto uno studio osservazionale, poiché non è stato previsto nessun intervento di manipolazione delle variabili; esso è avvenuto tramite campioni di convenienza e nello specifico sono stati individuati il gruppo 1 (“Primary Nursing”) e il gruppo 2 (“Team nursing”), con i relativi criteri di inclusione. In tale studio, essendo osservazionale, sono stati osservati i fenomeni senza intervenire in maniera diretta su di essi e, per quanto riguarda la misurazione di alcune variabili, queste sono state osservate in due momenti diversi, ovvero in “ingresso” e in “uscita”.

La misurazione delle variabili è stato di tipo quantitativo somministrando il questionario validato “Index of work satisfaction” agli infermieri assegnati alle due unità operative e somministrando il questionario validato “Patient Activation Measure” ai pazienti ricoverati nelle medesime strutture.

## **4.2 PARTECIPANTI**

Per l’occasione hanno partecipato 100 pazienti e 33 infermieri: nello specifico 50 pazienti e 16 infermieri appartenenti alla “Medicina Mic 2” del P.O. Giovanni Bosco e 50 pazienti e 17 infermieri appartenenti all’unità operativa “Medicina Multispecialistica” del P.O. Martini. Entrambi i presidi ospedalieri sono appartenenti all’ A.S.L. Città di Torino.

Il campione, rappresentato dai suddetti, è stato assegnato al “Gruppo 1” e al “Gruppo 2” in base all’unità operativa in cui erano presenti al momento del baseline; rispettivamente, in conformità dei criteri di eleggibilità, al “Gruppo 1” sono stati assegnati coloro presenti nella “Medicina Mic 2” del P.O. Giovanni Bosco in cui viene adottato il modello organizzativo assistenziale “Primary nursing” e al “Gruppo 2” coloro che erano presenti nella “Medicina Multispecialistica” del P.O. Martini in cui si utilizza il modello definito “Team nursing”.

I criteri di eleggibilità per i pazienti sono:

- Età  $\geq$  18 anni;
- Avere capacità di giudizio al momento del baseline;
- Essere in grado di firmare;
- Pazienti in grado di comprendere e scrivere in italiano.
- Pazienti che presentano almeno una patologia cronica.

Criteri di esclusione:

- Pazienti che perdono la capacità di giudizio;
- Pazienti deceduti.

I criteri di eleggibilità per gli infermieri sono:

Criteri di inclusione:

- Tutto il personale infermieristico appartenenti all'organico del reparto prima del baseline.

Criteri di esclusione:

- Personale che non esprime consenso alla compilazione del questionario.

Tabella 2

Caratteristiche unità operativa

	Posti letto	Staff	Indice case mix
Medicina Mic 2 - P.O Giovanni Bosco	24	17 infermieri 14 oss	1,94
Medicina multispecialistica - P.O. Martini	20	16 infermieri 13 oss	1,87

Indice di Case-Mix, consente di confrontare la diversa complessità della casistica trattata, ed è calcolato come rapporto fra il peso medio del ricovero di un dato erogatore ed il peso medio del ricovero nella casistica standard (nazionale). In questo caso, valori superiori all'unità indicano una casistica di complessità più elevata rispetto allo standard, mentre valori inferiori all'unità rappresentano una complessità minore.

Tabella 3

## Partecipanti

	Pazienti			Infermieri		
	Inclusi	Esclusi	Totale	Inclusi	Esclusi	Totale
GRUPPO 1	50	0	50	12	5	17
GRUPPO 2	50	0	50	16	0	16

Tabella 4

## Caratteristiche partecipanti

	GRUPPO 1	GRUPPO 2		GRUPPO 1	GRUPPO 2
<u>PAZIENTI</u>			<u>INFERMIERI</u>		
GENERE			GENERE		
Maschio	56%	54%	Maschio	8,3%	25%
Femmina	44%	46%	Femmina	91,7%	75%
ETÀ media	73 aa	75 aa	ETA'		
ISTRUZIONE			20-25	16,7%	18,8%
Licenza Elementare	32%	6%	26-30	16,7%	25%
Licenza Media	30%	46%	31-35	33,3%	12,5%
Qualifica	4%	6%	34-40	16,7%	6,3%
Diploma scuola superiore	34%	34%	41-45	0%	12,5%
Laurea triennale	0	8%	46-50	8,3%	6,3%
DIAGNOSI			51-55	8,3%	12,5%
M, respiratorie	40%	40%	>56	0%	6,3%
M, cardiocircolatorie	24%	16%	ANNI SERVIZIO		
M, infettive	20%	18%	0-5	50%	50%
M, interesse internistico	16%	26%	6-10	25%	12,5%
VIVE DA SOLO			11-15	8,3%	0
SI	42%	34%	16-20	0	18,8%
NO	58%	66%	21-25	0	0
			26-30	8,3%	6,3%
			>31	8,3%	12,5%
			ISTRUZIONE		
			Diploma	16,7%	12,5%
			universitario		
			Laurea triennale	83,3%	81,3%
			Magistrale	0	6,3%

M. = Malattie

### 4.3 VARIABILI E MISURE

Di seguito tabella riassuntiva delle variabili, degli strumenti utilizzati e della tempistica.

Tabella 5

Variabili e misure

VARIABILE	STRUMENTO	TEMPISTICA
Attivazione paziente	Patient Activation Measure (Hibard et al. 2005)	09/07/2023- 31/12/2023
Tempo di degenza medio	Cartella clinica e Adt Web	09/07/2023- 31/12/2023
Numero di dimissioni a domicilio	Cartella clinica e Adt Web	09/07/2023- 31/12/2023
Soddisfazione del personale infermieristico	Index of Work satisfaction – IWS (Stamps, 1997; Cortese, 2007)	09/07/2023- 30/09/2023

Per misurare la variabile “*attivazione del paziente*” (che riflette il livello di consapevolezza e autonomia del paziente) è stata utilizzata la “Patient Activation Measure – 13 items”, PAM 13: strumento che valuta le conoscenze, le abilità, le capacità del paziente e la fiducia per l'autogestione della malattia. La versione italiana (PAM 13-I) è rivolta per pazienti con patologie croniche [30]. PAM13-I è composto da 13 item su scala Likert e cinque categorie di risposta con punteggi 1= “Fortemente in disaccordo”; 2 = Disaccordo; 3 = “Non applicabile”; 4 = “D’accordo” e 5 = “Fortemente d'accordo”.

Al fine di valutare le differenze tra ingresso e uscita nei due gruppi, essi sono stati analizzati prima individualmente e poi sono stati messi a confronto tra loro.

La consistenza interna nel campione di studio è stata di alfa di Cronbach: 0,877 per i punteggi in ingresso mentre in uscita di 0,844 (soddisfacente se superiore a 0,7).

La misura del “*tempo di degenza*”, che corrisponde al numero di giorni trascorsi dal ricovero alla dimissione, è avvenuta attraverso la compilazione di apposite domande in cui era riportata la data di ingresso e la data di dimissione; mentre per il calcolo della degenza media del periodo luglio 2023- dicembre 2023 è stato utilizzato l’applicativo ADT web ovvero il software amministrativo, utilizzato dall’ ASL città di Torino, che consente di gestire i ricoveri ospedalieri.

Per la misurazione del numero di “*dimissioni a domicilio*” che corrisponde al momento in cui il paziente può rientrare a domicilio, dove continuerà il percorso di convalescenze a casa con l’eventuale assistenza della ordinaria rete territoriale, è avvenuta attraverso la compilazione di un’apposita domanda e con l’eventuale supporto di cartella clinica e Adt web.

Per rilevare la “*soddisfazione lavorativa*” degli infermieri è stato utilizzato l’Index of Work Satisfaction di Stamps del 1997 [31], nella validazione italiana di Cortese, 2007 [29].

La scelta di questo strumento è dovuta alla sua ampia diffusione internazionale ed alla disponibilità di una versione adattata alla popolazione italiana.

L’IWS nella versione italiana [29] è composto da 44 items distribuiti in 7 fattori:

- ✓ Fattore I interpretabile come “Autonomia” è formato da nove domande (D7-D17-D20-D26-D27-D30-D31-D41-D43) relative alla possibilità di prendere decisioni, ad assumere responsabilità nella propria attività;
- ✓ Fattore II interpretabile come “Status professionale” composto da sette domande (D2-D9-D11-D34-D38) riferibili all’importanza che l’infermiere attribuisce alla propria attività ed al riconoscimento sociale che vede riconosciuto alla propria professione;
- ✓ Fattore III “Retribuzione” composto da sei domande (D1-D8-D14-D21-D32-D44) relative alla soddisfazione per la retribuzione;
- ✓ Fattore IV interpretabile come “Mansioni richieste dal ruolo” composto da sei domande (D4-D15-D24-D29-D33-D36) sui ritmi di lavoro al fine di consentire un’adeguata assistenza ai pazienti, possibilità di confronto con i colleghi e interferenze dettate dall’aumentato svolgimento di attività burocratica;

- ✓ Fattore V “Politiche organizzative” composto da sei domande (D5-D12-D18-D25-D40-D42) che servono ad indagare la comunicazione interna, libertà di espressione, dialogo con i responsabili, partecipazione e opportunità di carriera;
- ✓ Fattore VI interpretabile come “Interazione con i medici” composto da cinque domande (D6-D19-D35-D37-D39) che rispecchiano la qualità di relazioni tra infermieri e medici all’interno del reparto di appartenenza;
- ✓ Fattore VII riconducibile a “Interazione con i colleghi infermieri” saturato da cinque domande (D3-D10-D13-D16-D22-D23-D28) riferibili alla qualità delle relazioni tra infermieri all’interno del reparto di appartenenza in termini di aiuto reciproco, collaborazione, socialità, accoglienza dei nuovi arrivati e disponibilità al lavoro di gruppo.

Gli items che verificano il livello di soddisfazione di ciascun fattore si esprimono con un punteggio su scala Likert da 1 (fortemente in disaccordo) a 7 (fortemente d’accordo). Per stabilire il livello di soddisfazione sono stati delineati i seguenti valori: valori medi di risposta da 1 a 3 disaccordo, da 5 a 7 d’accordo, 4 neutro.

Quindi l’IWS può essere utilizzato nei luoghi di lavoro per indagare la salute e benessere organizzativo degli infermieri, per diagnosticare e adottare azioni di prevenzione degli infortuni, delle malattie professionali, del disagio psicofisico ma anche per progettare interventi diretti ai singoli o all’organizzazione nel suo complesso; così si potranno determinare i soggetti che percepiscono una minore soddisfazione per programmare azioni di miglioramento dell’ambiente lavorativo.

La consistenza interna del questionario IWS nel suo campione di studio è stata di alfa di Cronbach = 0,73 nel suo insieme, con una variabilità da 0,60 per la sottoscala “Politiche organizzative” al 0,83 al fattore “Autonomia”.

#### **4.4 PROCEDURA**

Preliminarmente allo studio è stata inviata la lettera, recante la richiesta per l’autorizzazione alla rilevazione dati Tesi di Laurea, alla “Responsabile Programmazione della formazione delle Professioni sanitarie, dott.ssa Monzeglio Alessandra in data 29/05/2023.

In seguito sono stato messo in contatto con la Dott.ssa Antonella Dragonetti, “Responsabile del Dipartimento Area Medica dell'ASL Città di Torino” e “Responsabile del progetto aziendale per l’implementazione del Primary Nursing e piani assistenziali standard basati sulle evidenze scientifiche nel Dipartimento Medico dell’ASL Città di Torino”; una volta acquisiti i pareri necessari, si è ottenuto il nulla osta per procedere.

Preliminarmente sono stati avvisati i coordinatori infermieristici delle due unità operative al fine di coinvolgerli, confrontarsi su aspetti tecnici sull’argomento di tesi e valutare la disponibilità e il supporto per la raccolta dati.

Successivamente con i coordinatori sono stati fissati diversi appuntamenti in cui spiegare al personale, attraverso specifiche riunioni, l’oggetto di tesi, lo scopo e quindi i questionari sia da somministrare ai pazienti che al personale infermieristico e valutarne l’andamento; è stato consegnato nei reparti il questionario “Patient activation Measure”, in forma cartacea, accompagnato da una lettera di presentazione ai coordinatori.

Inoltre, per quanto riguarda il case-mix, tale indice è stato richiesto prima via mail e successivamente tramite una riunione con il Dott. Giusti in quanto responsabile del dipartimento medico dell’A.S.L. Città di Torino.

Il periodo di tempo concesso per la partecipazione allo studio di ricerca per la compilazione dei questionari somministrati ai pazienti è stato dal 9/7/2023 al 31/12/2023 per un totale di 175 giorni mentre per quelli somministrati al personale infermieristico è stato dal 9/7 al 30/09/2023 per un totale di 73 giorni.

#### **4.4.1 PROCEDURA DI SOMMINISTRAZIONE DEI QUESTIONARI**

Per quanto riguarda il campione dei pazienti, la modalità di somministrazione del questionario è avvenuta in modo cartaceo.

Tale scelta è dettata dal fatto che prevalentemente la popolazione oggetto di studio è anziana e non sempre in grado di utilizzare supporti elettronici.

Oltre alla valutazione delle differenze tra i due gruppi del campione, si è scelto di valutare l’impatto dell’assistenza sul singolo paziente nel momento che è intercorso

tra l'ingresso in reparto e la dimissione. Per fare ciò si è somministrato il questionario PAM 13 nei due diversi momenti; per accoppiare i questionari compilati nei due momenti di rilevazione si è utilizzato il numero di cartella clinica.

Il questionario è stato somministrato ai singoli componenti del campione del "Gruppo 1" e del "Gruppo 2" in due momenti diversi, ovvero in ingresso in reparto e in fase di dimissione: è stato fatto ciò sia per valutare l'eventuale esistenza di differenza tra i due gruppi, sia per valutare l'impatto dell'assistenza tra accettazione e dimissione su ogni singolo paziente.

Per la misurazione di tale variabile e per il raggiungimento di un numero significativo di partecipanti la durata della tempistica è stata di 73 giorni.

Per quanto riguarda il campione degli infermieri, la somministrazione del questionario è avvenuta via web tramite la creazione di "Google forms" (attraverso il motore di ricerca Google), compilabili tramite computer, smartphone e tablet; questa modalità di somministrazione consente promemoria automatici ai non-rispondenti tramite e-mail, oltre a una maggiore comodità.

Per la misurazione di tale variabile e per il raggiungimento di un numero significativo di partecipanti la durata della tempistica è stata di 175 giorni.

Entrambi i questionari scelti sono validati e sono stati tradotti in italiano attraverso un rigoroso processo di traduzione.

## 4.4.2 FASI DELLO STUDIO

Tabella 6

Attività

ATTIVITA'	Data inizio	Data fine
<b>1. AVVIO STUDIO</b>	16/01/2023	29/2/2023
1.1 Ricerca bibliografica	16/01/2023	26/05/2023
1.2 Definizione disegno dello studio	6/04/2023	26/05/2023
1.3 Identificazione variabili e strumenti	6/04/2023	26/05/2023
<b>2. AUTORIZZAZIONI</b>	29/05/2023	3/7/2023
2.1 Progetto tesi UNIUPO	29/05/2023	26/06/2023
2.2 Invio lettera per acquisizione raccolta dati alla S.C. Formazione ASL Città di Torino	29/05/2023	3/7/2023
2.3 Colloquio con coordinatori infermieristici delle unità operativo oggetto di tesi	5/07/2023	5/07/2023
2.4 Presentazione progetto di tesi al personale delle unità operative	6/7/2023	6/07/2023
<b>3. LAVORO SUL CAMPO</b>	9/7/2023	31/12/2023
3.1 Raccolta dati	9/7/2023	31/12/2023
3.2 Depurazione della banca dati	10/1/2024	1/2/2024
3.3 Analisi dei dati	10/1/2024	9/2/2024
3.4 Redazione rapporto/tesi	5/7/2023	18/3/2024

## 4.5 ANALISI DEI DATI

Per la digitalizzazione dei dati è stato utilizzato Microsoft Excel. Le analisi statistiche sono state effettuate con SPSS v29.0. I dati raccolti dalle valutazioni “ingresso” e “uscita” del campione dei pazienti sono stati analizzati mediante contrasto a media ripetuta sia nel gruppo di “Primary Nursing” che in quello di “Team Nursing”. A questo scopo è stato utilizzato il t-statistico di Student.

Il livello di significatività è stato fissato a  $p < 0,05$ , con un livello di confidenza del 95%. Quando la differenza tra le medie era significativa, la dimensione dell'effetto

è stata calcolata utilizzando la  $d$  di Cohen (1988). In base alla sua classificazione, i valori compresi tra 0,20 e 0,50 indicavano un piccolo effetto, i valori compresi tra 0,50 e 0,80 erano considerati un effetto moderato e i valori superiori a 0,80 rappresentavano un grande effetto. Per il campione degli infermieri, la correlazione tra le variabili età, livello di istruzione e anni di servizio con i punteggi delle sette sottoscale dell'IWS è stata calcolata utilizzando la statistica  $r$  di Pearson.

## **4.6 ASPETTI ETICI**

Per quanto riguarda il campionamento, esso è stato di convenienza in quanto la selezione del campione non deriva da un'assegnazione dei pazienti ad uno dei gruppi ma verranno osservati pazienti e personale infermieristico presenti nelle due unità operative nelle quali in "Medicina SC MIC 2" (P.O. Giovanni Bosco) si attua il modello organizzativo assistenziale "Primary Nursing" e in "Medicina Multispecialistica" (P.O. Martini) si attua il modello "Team Nursing".

Per la rilevazione dell'attivazione del paziente è stato utilizzato il questionario PAM 13, in cui si precisa che sarà garantito l'anonimato e quindi l'identità della persona rimarrà sconosciuta, in quanto per identificare i pazienti verrà utilizzato il numero di cartella clinica. Si dichiara che i dati saranno forniti e trattati ai sensi della normativa in materia di protezione dei dati personali (regolamento (UE) 2016/679). Al paziente è stata illustrata un'informativa per richiedere il suo consenso a partecipare al progetto di ricerca e specificando, oltre le finalità e modalità di trattamento dei dati, che la partecipazione è volontaria e che può essere interrotta in qualsiasi momento.

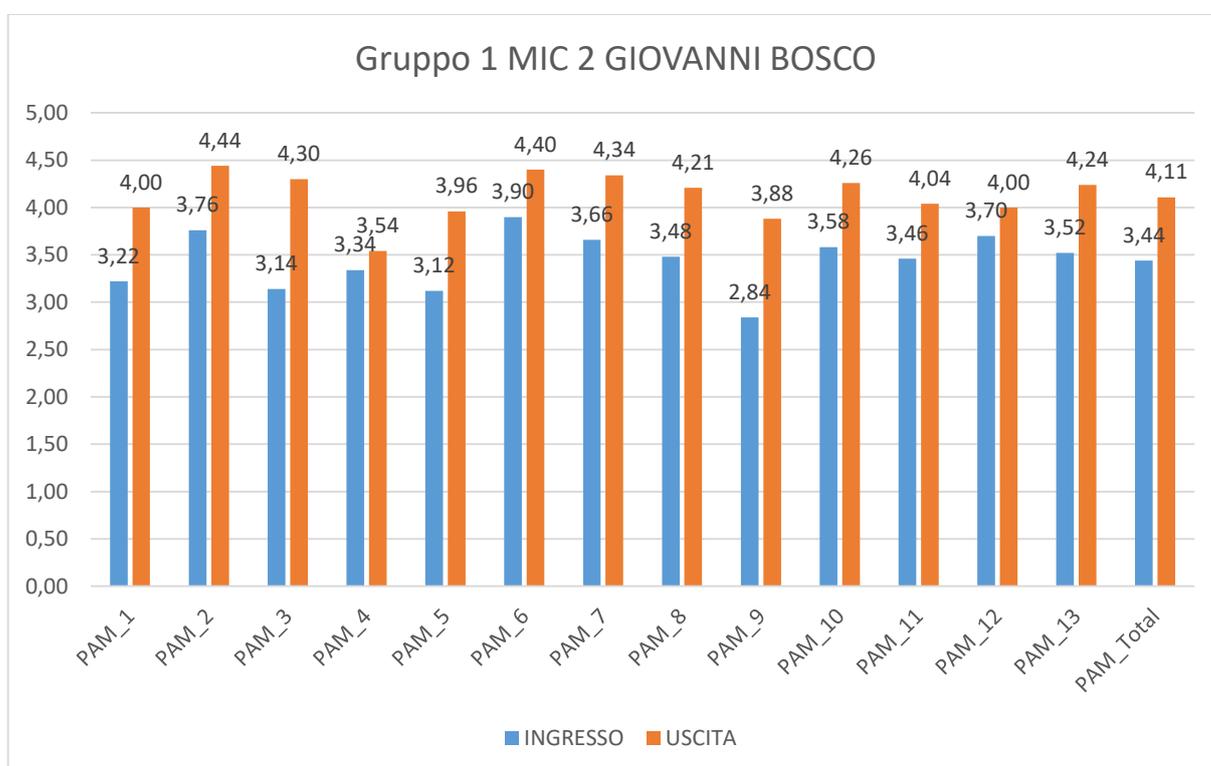
Per rilevare la soddisfazione lavorativa degli infermieri è stato utilizzato l'Index of Work Satisfaction di Stamps del 1997 [31] e gli infermieri sono stati messi nelle condizioni di compilare il questionario in orario di lavoro, in un luogo adeguato e nella totale riservatezza e la compilazione fu volontaria ed anonima. Il presente questionario era accompagnato da una lettera di presentazione in cui era spiegato l'obiettivo dello studio e che la partecipazione oltre ad essere in anonimato era facoltativa.

## 5. RISULTATI

Per quanto riguarda il primo obiettivo, determinare se ci sono differenze nell'attivazione del paziente tra i modelli "Primary nursing" e "Team nursing", un totale di cento questionari sono stati somministrati: nello specifico 50 per il gruppo 1 e 50 per il gruppo 2.

Figura 1

Risultati PAM Gruppo 1 "Primary Nursing"



Nella figura 1, che esprime i risultati PAM del Gruppo 1, per ogni domanda a cui sono stati sottoposti i pazienti si rileva un aumento dei risultati in uscita, ovvero in fase di dimissione, come risultato di un aumento dell'attivazione del paziente dimostrato anche dai risultati delle risposte medie in cui si evince un valore di 4,11 in "uscita" rispetto a 3,44 in "ingresso". Un punteggio più alto di PAM indica un alto livello di attivazione del paziente che esprime come i pazienti abbiano assunto un grado di autonomia e consapevolezza maggiore durante il ricovero.

Particolare rilevanza si pone sul quesito 9 ovvero "Sono a conoscenza delle differenti opzioni terapeutiche disponibili per il trattamento della mia malattia rispetto

al mio stato di salute” in cui si rileva in ingresso un valore di 2,83 e in uscita di 3,88 con una differenza di 1,04, la più elevata tra quelle rappresentate nel grafico, come espressione sia di una maggiore conoscenza e comprensione del proprio stato di salute ma anche di un rapporto di fiducia e di alleanza instauratosi con il personale sanitario durante la degenza.

Tabella 7

Punteggi medi del Gruppo 1 “Primary Nursing” in attivazione all'ingresso e all'uscita

	Ingresso	Uscita	t	gdl	P	d
	Media (D.S)	Media (D.S.)				
PAM 1	3,22 (1,13)	4,00 (1,10)	-8,12	49	<,001	-1,14
PAM 2	3,76 (1,02)	4,44 (0,50)	-5,39	49	<,001	-,76
PAM 3	3,14 (1,14)	4,30 (0,46)	-7,62	49	<,001	-1,07
PAM 4	3,34 (1,15)	3,54 (1,07)	-1,05	49	,148	-,14
PAM 5	3,12 (1,17)	3,96 (1,02)	-6,21	49	<,001	-,87
PAM 6	3,90 (0,93)	4,40 (0,78)	-6,09	49	<,001	-,86
PAM 7	3,66 (1,06)	4,34 (0,77)	-5,87	49	<,001	-,83
PAM 8	3,28 (1,20)	4,21 (0,82)	-5,43	47	<,001	-,78
PAM 9	2,84 (1,13)	3,88 (0,87)	-7,14	49	<,001	-1,01
PAM 10	3,58 (1,01)	4,26 (0,44)	-5,14	49	<,001	-,72
PAM 11	3,46 (1,16)	4,04 (0,80)	-4,52	49	<,001	-,64
PAM 12	3,70 (0,97)	4,00 (0,85)	-3,90	49	<,001	-,55
PAM 13	3,52 (1,03)	4,24 (0,65)	-5,62	49	<,001	-,79
PAM total	3,44 (0,79)	4,11 (0,54)	-10,68	47	<,001	-1,54

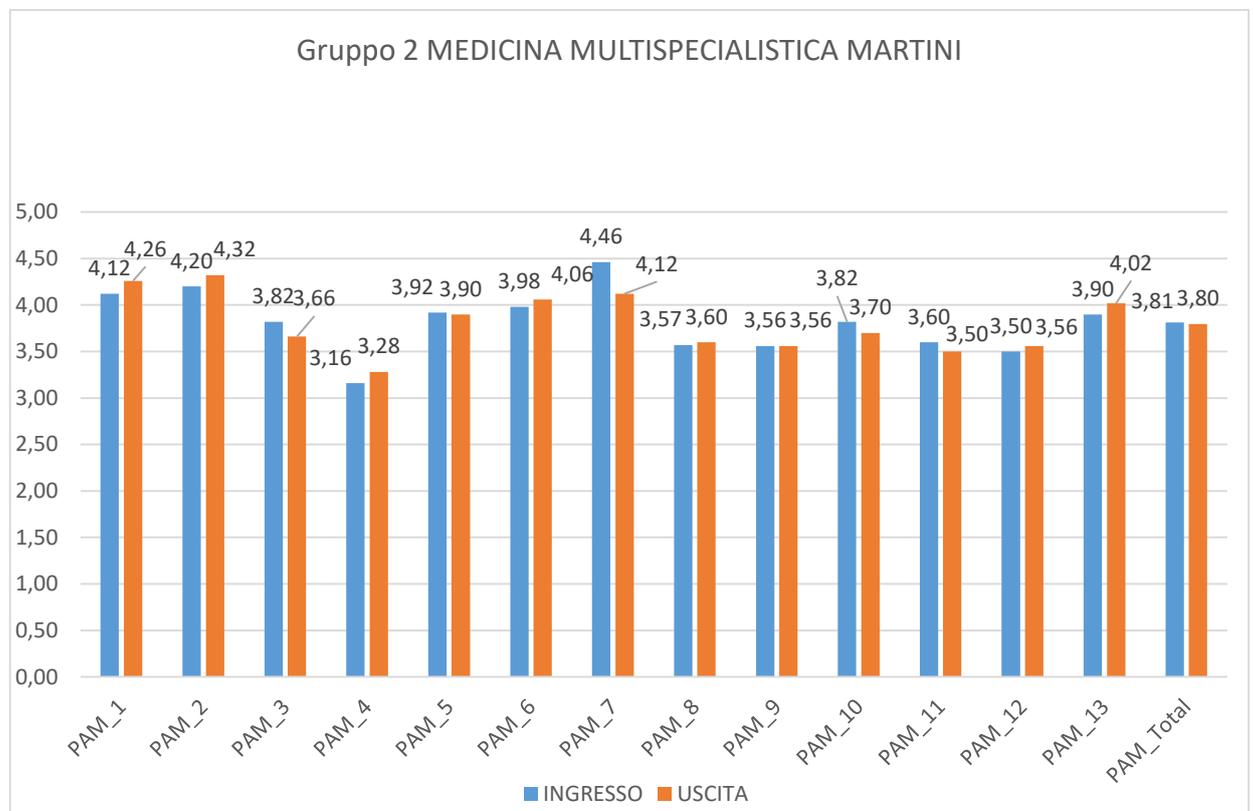
D.S. = Deviazione Standard; t = statistico t di Student; gdl = gradi di libertà; d = dimensione dell'effetto d di Cohen

I risultati sono tutti statisticamente significativi tranne per l'item 4 “Conosco gli effetti di ciascun farmaco che mi è stato prescritto” in cui si rileva in “ingresso un valore di 3,34 e in “uscita” di 3,54 con un p value di 0,148 e quindi superiore a 0,05. Il PAM total afferma che esiste una differenza statisticamente significativa nei pazienti del gruppo 1 tra ingresso e uscita in quanto il p value risulta essere < 0.001. La dimensione dell'effetto è stata calcolata utilizzando la d di Cohen (1988).

La maggior parte delle differenze presenta dimensioni elevate (superiori a 0,80) mentre quelle per gli item 2, 8, 10, 11 e 12 sono moderate-elevate.

Figura 2

Risultati PAM Gruppo 2 “Team Nursing”



Nella figura 2, che esprime i risultati PAM del gruppo 2, si nota che il punteggio in uscita aumenta in alcune domande mentre per alcuni item addirittura diminuisce come segno che non sempre c'è un aumentato livello di attivazione ma addirittura una riduzione; infatti, il valore medio del PAM totale rimane quasi invariato: in uscita 3,80 mentre in ingresso 3,83. Si pone l'attenzione sul quesito 7 “Sono fiducioso di poter proseguire trattamenti medici di cui ho bisogno a casa” in quanto rappresenta essere l'item con una differenza in negativo maggiore, infatti si rileva in ingresso un valore di 4,46 e in uscita di 4,12 con una differenza di 0,34 che si traduce in una minor fiducia e capacità di autogestione.

Tabella 8

Test campioni accoppiati Gruppo 2 “Team Nursing”

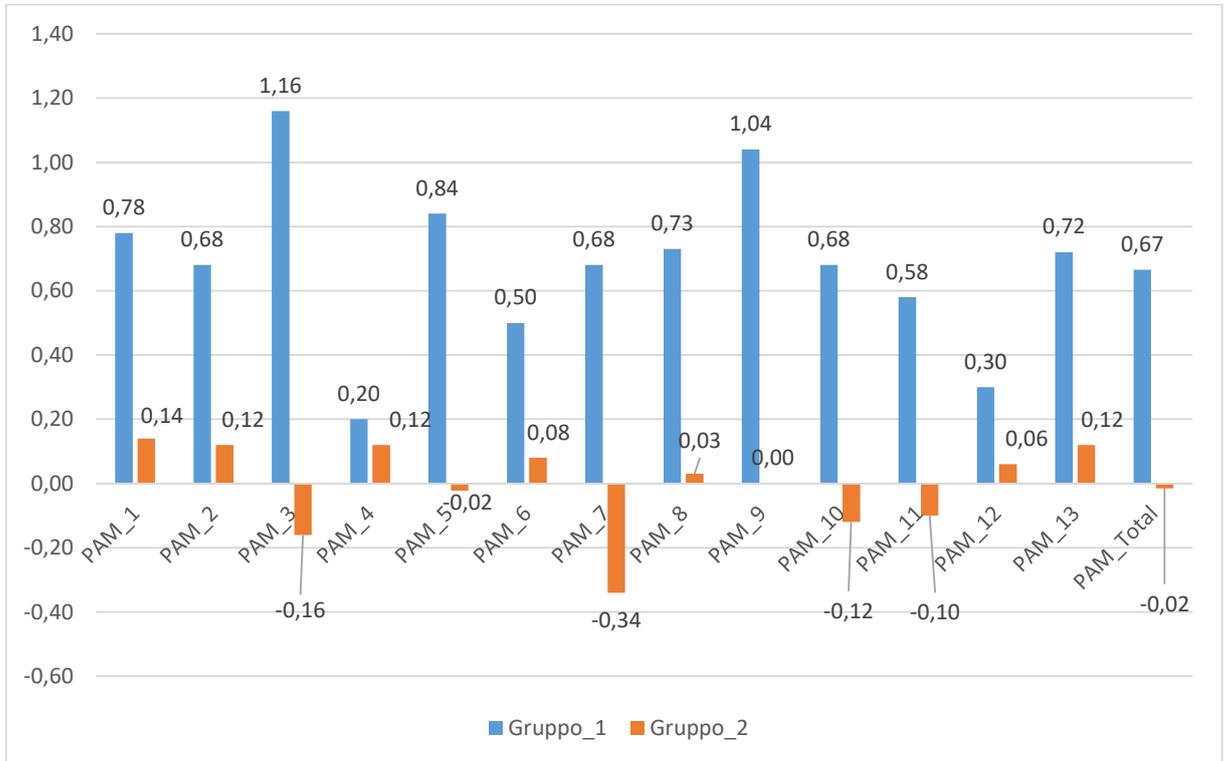
	Ingresso Media (DS)	Uscita Media (DS)	t	gdl	P	d
PAM 1	4,12 (1,10)	4,26 (0,96)	-1,15	49	,127	-,16
PAM 2	4,20 (0,88)	4,32 (0,97)	-1,76	49	,042	-,25
PAM_3	3,82 (1,02)	3,66 (1,17)	1,66	49	,052	,23
PAM 4	3,16 (1,39)	3,28 (1,26)	-,64	49	,262	-,09
PAM 5	3,92 (1,06)	3,90 (1,00)	,00	48	,500	,00
PAM 6	3,98 (1,05)	4,06 (1,13)	-,89	49	,188	-,12
PAM 7	4,46 (0,50)	4,12 (0,84)	2,83	49	,003	,40
PAM 8	3,57 (1,17)	3,60 (1,22)	,000	48	,500	,00
PAM 9	3,56 (0,97)	3,56 (1,07)	,00	49	,50	,00
PAM 10	3,82 (1,11)	3,70 (1,24)	,77	49	,22	,10
PAM 11	3,60 (0,96)	3,50 (0,97)	1,94	49	,02	,27
PAM 12	3,50 (1,16)	3,56 (0,97)	-,59	49	,27	-,08
PAM 13	3,90 (1,16)	4,02 (0,86)	-1,13	49	,13	-,16
PAM total	3,81 (0,53)	3,80 (0,55)	,29	47	,38	,04

DS = Deviazione Standard; t = statistico t di Student; gdl = gradi di libertà; d = dimensione dell'effetto d di Cohen

I risultati sono tutti statisticamente non significativi tranne per gli item 2,7,11 rispettivamente “Assumere un ruolo attivo nella gestione della mia salute è il fattore più importante nel determinare il mio benessere e la mia qualità di vita”, “Sono fiducioso di poter proseguire trattamenti medici di cui ho bisogno a casa”, “So cosa posso fare per prevenire ulteriori complicanze relative al mio problema di salute”. Il PAM total afferma che non esiste una differenza statisticamente significativa tra “ingresso” e “uscita” nei pazienti del gruppo 2 in quanto il p value risulta essere 0,384 e quindi maggiore di 0,05.

Figura 3

Differenze in "Patient Activation Measure" tra Ingresso e Uscita nei Gruppi 1 e 2



Nella figura 3, che esprime le differenze PAM dei due gruppi intesa come differenza tra il valore medio della PAM in uscita meno il valore medio PAM in ingresso, il gruppo 1 aumenta notevolmente i punteggi della scala di attivazione: il tutto si traduce in un maggior impatto sul paziente da parte del modello “Primary nursing” per quanto riguarda le conoscenze, le abilità, le capacità del paziente e la fiducia per l'autogestione della malattia, l'autonomia e consapevolezza dello stato di salute. Infatti, l'autonomia della persona alla base della qualità di vita rappresenta l'esito misurabile da perseguire primariamente per i pazienti cronici complessi. Ad un livello invece minore di PAM, come avvenuto nel gruppo 2, corrispondono solitamente individui passivi, senza confidenza in sè stessi e che si affidano ciecamente al proprio medico. Il dato che emerge è inoltre molto importante se confrontato con le caratteristiche dei partecipanti che risultano essere molto simili per età media, genere e diagnosi di ingresso per cui sono stati ricoverati.

Per quanto riguarda l'obiettivo 2, il numero di dimissioni domicilio è stato possibile rilevarlo direttamente dai questionari somministrati ai pazienti attraverso apposita domanda oltre al supporto della cartella clinica.

Tabella 9

Risultati dimissioni a domicilio

DIMISSIONI A DOMICILIO	Gruppo 1	Gruppo 2
Si	45/50 (90%)	37/50 (74%)
No	5/50 (10%)	13/50 (26%)

Dai risultati della tabella 9 emerge che nel gruppo 1 il 90% dei pazienti sono stati dimessi a domicilio mentre nel gruppo 2 il 74%.

Per rispondere all'obiettivo tre si è calcolata la differenza nei giorni di degenza tra i gruppi 1 e 2; dalla tabella 10, che riporta la media dei giorni di degenza, emerge una durata della degenza media nei pazienti del gruppo 1 di 11,12 giorni rispetto a quelli del gruppo 2 di 17,96 giorni. Questa differenza è significativa e ha una dimensione alta ( $d > 0.80$ ).

Tabella 10

Risultati giorni degenza media

	N	Media	D.S.	t	p	d
Gruppo 1	50	11,12	2,655	-4,242	<0,001	0,848
Gruppo 2	50	17,96	11,088			

D.S. = Deviazione Standard; t = statistico t di Student; gdl = gradi di libertà; d = dimensione dell'effetto d di Cohen

Per quanto riguarda l'obiettivo 4, ovvero per la rilevazione della soddisfazione del personale infermieristico, il totale dei questionari somministrati sono stati n. 33 ma sono risultati compilati n. 28 per cui n. 6 sono stati esclusi in quanto non sono rientrati nei criteri di inclusione precedentemente citati.

La tabella 11 mostra le medie di risposta ai 44 item suddivisi per i fattori analizzati dal questionario “IWS”.

Tabella 11

Risultati IWS				
Fattore	Gruppo	N	Media	Deviazione Standard
Autonomia	1	12	4,44	0,90
	2	16	4,09	0,82
Retribuzione	1	12	2,62	0,63
	2	16	3,10	0,76
Mansioni	1	12	2,73	0,83
	2	16	3,14	0,62
Status	1	12	4,73	1,04
	2	16	4,66	1,27
Politiche	1	12	3,23	0,98
	2	16	3,39	0,92
Medici	1	12	4,36	0,97
	2	16	4,60	0,89
Colleghi	1	11	5,72	0,72
	2	16	5,50	0,77

Analizzando i vari fattori presi in considerazione dal questionario IWS, l’Autonomia, entrambi i gruppi risultano essere soddisfatti, rispettivamente 4,44 gruppo 1 e 4,09 per il gruppo 2. Il gruppo 1 mostra un aumento medio di 0,35 rispetto al gruppo 2 che sta ad indicare una maggiore percezione della possibilità di prendere decisioni e quindi di assumersi responsabilità nella propria attività.

Il fattore Retribuzione rileva una media per il gruppo 1 2,62 e gruppo 2 3,10, entrambi i gruppi sono insoddisfatti dello stipendio e inadeguatezza retributiva.

Il fattore Mansioni richieste dal ruolo evidenzia una media gruppo 1 2,73 e gruppo 2 3,14 che significa che gli infermieri di entrambi i gruppi di appartenenza concordano per uno stato di insoddisfazione, concordando per l’eccessiva richiesta di lavoro burocratico e la mancanza di condivisione e confronto.

Il fattore Status professionale supera il valore 4 e rispettivamente il gruppo 1 media 4,73, gruppo 2 media 4,66, questo significa che il professionista infermiere conferma la scelta lavorativa e valuta importante la propria professione anche se la sua professionalità non è riconosciuta dalla maggior parte delle persone che usufruiscono dell'assistenza infermieristica. Il valore nel gruppo 1 è lievemente superiore: questo significa che gli infermieri appartenenti a quest'area sono lievemente più soddisfatti rispetto a quelli del gruppo 2.

Il fattore Politiche organizzative entrambi i gruppi in studio concordano per un grado di insoddisfazione, media gruppo 1 3,23, gruppo 2 media 3,39, gli infermieri manifestano una mancata partecipazione alla programmazione dei turni e alla possibilità di fare carriera;  $p 0.061$  non si rileva differenza significativa.

Per quanto riguarda il fattore Interazione con i medici si delineano le seguenti medie: media gruppo 1 4,36, gruppo 2 4,60 per cui entrambi i gruppi degli infermieri manifestano soddisfazione nell'interazione con il personale medico che si manifesta sulla collaborazione e rispetto circa le conoscenze infermieristiche, soprattutto nel gruppo 2 con un aumento del valore medio di 0,23 rispetto al gruppo 1.

Il fattore Interazione con i colleghi infermieri il gruppo 1 media 5,72, gruppo 2 media 5,50 si delinea un grado di soddisfazione maggiore nel gruppo 1 rispetto al gruppo 2 di 0,22.

In linea generale i risultati evidenziano delle piccole differenze tra i due gruppi ma a causa delle dimensioni del campione, inferiore a 20 casi per ciascun gruppo, non è stato effettuato il confronto delle medie

Riferendoci alla figura 4, visivamente attraverso gli istogrammi, si può apprezzare da parte del gruppo 1, un lieve grado di soddisfazione nei fattori autonomia, status professionale, interazione con i medici e interazione con i colleghi infermieri rispetto agli altri fattori ovvero retribuzione, mansioni e politiche organizzative.

Figura 4

Punteggi medi dei fattori IWS nei Gruppi 1 e 2 del campione infermieristico

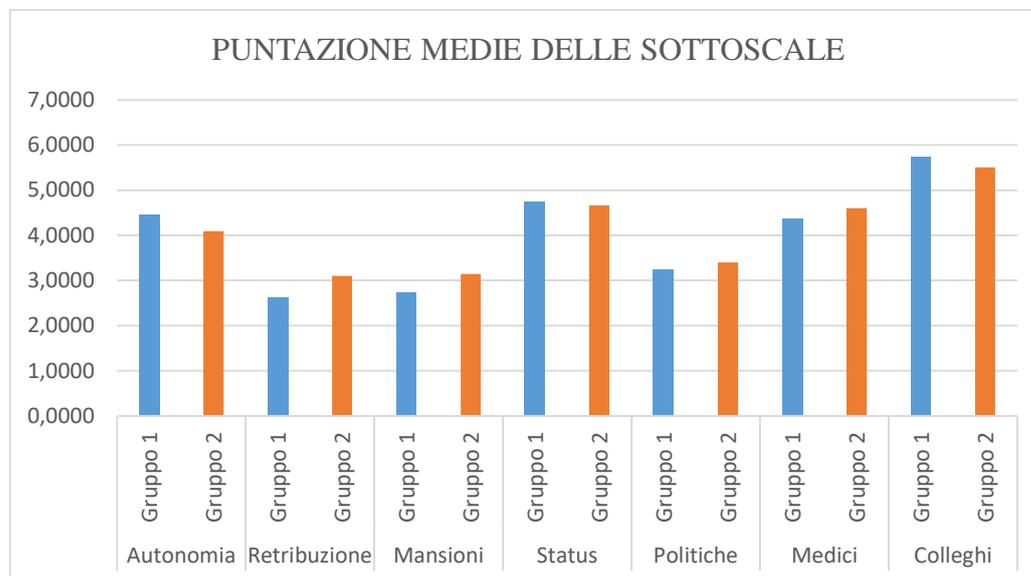


Tabella 12

Punteggi medi dei fattori IWS nel campione infermieristico per genere

		Media	Deviazione standard
Autonomia	Maschile	4,24	0,67
	Femminile	4,24	0,90
Retribuzione	Maschile	2,90	0,34
	Femminile	2,89	0,80
Mansioni	Maschile	3,00	0,39
	Femminile	2,96	0,79
Status	Maschile	4,72	0,75
	Femminile	4,68	1,24
Politiche	Maschile	2,93	0,34
	Femminile	3,41	1,00
Medici	Maschile	4,28	0,75
	Femminile	4,54	0,95
Colleghi	Maschile	5,20	0,67
	Femminile	5,68	0,75

Dall'analisi di questa tabella emerge che le uniche differenze tra i due gruppi sono rappresentate dal fattore "politiche organizzative" in cui il genere femminile

mostra punteggi più alti. Inoltre, il genere femminile sembra avere un rapporto più favorevole con i medici e con i colleghi infermieri.

Tabella 13

Correlazione di Pearson tra l'età, gli anni di servizio, il livello d'istruzione e i punteggi medie dei fattori del IWS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Età	1	0,903**	-0,567**	-0,330	-0,148	-0,077	-0,083	-0,023	0,015	-0,060
2. Anni di servizio		1	-0,674**	<b>-0,411*</b>	-0,222	-0,176	-0,203	-0,212	-0,049	-0,113
3. Livello istruzione			1	<b>0,476*</b>	0,264	0,353	0,221	0,299	0,087	0,121
4. Autonomia				1	0,302	,627**	0,600**	0,623**	,623**	0,683**
5. Retribuzione					1	0,386*	0,478*	0,620**	0,365	0,251
6. Mansioni						1	0,535**	0,608**	0,604**	0,586**
7. Status							1	0,598**	0,496**	0,603**
8. Politiche								1	0,736**	0,563**
9. Medici									1	0,559**
10. Colleghi										1

\* =  $p < 0.05$ ; \*\* =  $p < 0.001$

Dalla tabella 13, che indica la correlazione di Pearson, emerge che esistono solo due correlazioni ovvero: anni di servizio maggiori sono associati a una percezione minore di autonomia ( $r = -0,411$ ) e un livello di istruzione più alto è associato a una maggiore autonomia percepita ( $r = 0,476$ ). Le correlazioni sono statisticamente significative in quanto hanno un livello di significatività  $< 0.01$ .

## 6. DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Il Sistema Sanitario Italiano, considerato tra i migliori del mondo per qualità e universalità dell'assistenza, deve prendere coscienza che la salute dei cittadini e i loro bisogni non sono condizioni statiche ma assolutamente dinamiche. Solo pochi anni fa tutto si concentrava sulle acuzie, mentre oggi l'invecchiamento della popolazione è sotto gli occhi di tutti. Il nostro Paese è uno tra i più longevi al mondo, per cui è sfida per la sanità gestire un invecchiamento inevitabile e prendersi cura delle cronicità [32]. In un contesto caratterizzato da contenimento della spesa e ridotto numeri di personale, bisogna sempre di più adottare modelli efficaci ed efficienti rivolti alla persona e alla valorizzazione del personale [32].

La presente tesi ha avuto come obiettivo quello di analizzare l’impatto di due modelli di gestione assistenziale nel paziente cronico: il modello “Primary nursing” nel confronto con il modello “Team nursing”. In particolare, comparare l’effetto dei modelli sull’attivazione dei pazienti, i tempi di degenza, il numero di dimissioni a domicilio e la soddisfazione del personale sanitario. A tal fine, sono state analizzate le risposte di 100 pazienti e di un gruppo di 28 infermieri.

I risultati mostrano che il “Primary nursing” ha il potenziale per avere un impatto positivo sui pazienti ricoverati e di conseguenza sulle organizzazioni e ci suggeriscono che questo studio è utile nella pratica e che l’implementazione di questo modello è fattibile.

Non è facile eseguire confronti con la letteratura in quanto sono scarse le ricerche recenti sull’argomento e soprattutto che mettono in relazione il “Primary nursing” con i medesimi risultati sui pazienti oggetto di indagine di questo elaborato; come ad esempio avviene nello studio di Dal Molin A. [8], in cui si esplora l’effetto dell’ “assistenza infermieristica primaria” sugli esiti dei pazienti sensibili all’assistenza infermieristica come ulcere da decubito, cadute, infezioni del tratto urinario e catetere venoso infezione, sugli esiti relativi allo staff ovvero competenza infermieristica e pensiero diagnostico e sugli esiti relativi all’organizzazione vale a dire l’empowerment. Inoltre, lo studio precedentemente citato, pur avendo un campione rappresentato da pazienti e infermieri molto più ampio rispetto a quello di questa tesi, non utilizza un gruppo di confronto. Tuttavia, lo studio condotto per questa tesi confronta invece l’efficacia di due modelli organizzativi differenti e misura variabili non indagate dallo studio già citato.

Nella revisione sistematica e sintesi narrativa di studi quantitativi di Gocalves et al. (2023) [33], gli esiti infermieristici oggetto di indagine sono stati cadute, errori terapeutici, infezioni urinarie, ulcere da pressione, interventi infermieristici rivolti alla cura di sé e alla sicurezza del paziente, gestione dei sintomi, soddisfazione per l’assistenza infermieristica e pianificazione delle dimissioni. Anche in questo caso è difficile effettuare confronti con il progetto di tesi in quanto erano differenti sia le unità operative oggetto di indagine che gli esiti sui pazienti e inoltre non sono stati presi in considerazione quelli sul personale infermieristico.

Lo studio condotto in questo elaborato si allinea con quelli precedentemente citati in quanto, se è pur vero che non è stato possibile raggiungere conclusioni significative ed esaurienti, mostra in linea generale un'influenza positiva del "Primary nursing" sugli esiti infermieristici: precisamente maggiori livelli di autonomia del paziente, la pianificazione della continuità assistenziale e un numero maggiore di dimissioni a domicilio e minor tempo di degenza.

I risultati hanno soddisfatto quasi totalmente lo scopo di questo elaborato in quanto è stato possibile quantificare statisticamente l'impatto del "Primary nursing" e quindi dell'assistenza infermieristica in termini di efficacia, dato che non è sempre facile rilevare e oggettivare. Infatti, è emerso che il campione dei pazienti del gruppo 1, anche se con complessità clinica assistenziale maggiore, con un rapporto infermieri pazienti sovrapponibile, con maggiore situazione in cui i partecipanti vivevano da soli al proprio domicilio abbiano confermato tutte le ipotesi di ricerca. Invece, non è stato possibile esprimere una considerazione sulla soddisfazione del personale infermieristico in quanto la numerosità del campione non ha permesso di misurarne la significatività.

Si pone particolare attenzione sui risultati delle dimissioni a domicilio, in quanto il Gruppo 1 era caratterizzato dalla presenza di un maggior numero di paziente che vivevano a casa da soli e senza la presenza di caregiver; questo rappresenta un dato estremamente importante perché il rientro a domicilio deve rappresentare un obiettivo primario in cui il paziente potrà continuare il percorso di convalescenza supportato eventualmente dalla rete territoriale garantendo i criteri di appropriatezza, efficacia ed equità. Ed è in questa fase che è emersa l'importanza dell'assistenza infermieristica in quanto è importante, per raggiungere la dimissione, valutare nel paziente il grado di autonomia, che abbia compreso le indicazioni mediche e infermieristiche, che sia stato educato a gestire alcune problematiche e che sia stato addestrato all'utilizzo di nuovi device. Un'ultima considerazione viene fatta sull'impatto del "Primary nursing" sul tempo di degenza medio in quanto, questo dato, risulta essere molto importante per la stima del consumo delle risorse ospedaliere; infatti, la degenza media riflette le decisioni degli operatori sanitari durante la permanenza in ospedale e tiene conto di più fattori.

Essi sono l'accessibilità ai mezzi diagnostici, la correttezza della diagnosi e l'efficienza del reparto ed efficacia del trattamento intesa come qualità delle cure prestate.

I limiti di questo studio si riferiscono a un campione dei pazienti ristretto, che si limita a un campionamento di convenienza in cui sono stati presi in considerazione solo i pazienti in grado di intendere e volere, che non prende in considerazione il percorso ospedaliero e quindi assistenziale precedente al ricovero nelle unità operative oggetto di indagine. Inoltre, per quanto riguarda il calcolo della degenza e il numero di dimissioni a domicilio, non è possibile stabilire quanto questo dato sia influenzato dal contributo del personale medico e socio sanitario; inoltre la complessità clinica assistenziale tra i gruppi è una variabile confondente che non è stata controllata. Nel gruppo relativo ai pazienti è emersa la complessità nel rispettare la compilazione dei questionari in due momenti diversi, ovvero in ingresso e in uscita, e la difficoltà nell'interpretazione da parte dei soggetti di taluni items.

I limiti riferiti al campione del personale infermieristico sono rappresentati principalmente dal fatto che il numero di partecipanti è stato talmente esiguo da non permettere analisi statisticamente significative per cui da non poter confermare l'ipotesi di ricerca. Inoltre le possibili determinanti della soddisfazione sono numerose ma il presente studio si concentra su alcune variabili considerate dal questionario IWS escludendone altre che si sarebbero individuate attraverso una ricerca di tipo qualitativa. Un limite ulteriore per la validità dei dati è rappresentato dal fatto che i gruppi appartengono a presidi ospedalieri differenti per cui ci potrebbero essere differenze gestionali che influenzano i risultati.

Per quanto invece le analisi sul personale infermieristico non abbiano portato a risultati definiti, per cui l'ipotesi che il Primary nursing dovrebbe aumentare la soddisfazione lavorativa del personale non può essere confermata, è stato comunque possibile estrapolare delle informazioni utili per i servizi infermieristici aziendali.

Sarebbero necessari ulteriori studi che indaghino oltre che la soddisfazione del personale infermieristico anche quella del personale medico e socio sanitario in quanto la scelta di adottare modello organizzativo assistenziale si riflette su tutta l'equipe dell'unità operativa.

Si auspica la conduzione di uno studio in cui si osserva la soddisfazione del paziente, in quanto punto focale e principale beneficiario del sistema sanitario, nei confronti tra i diversi modelli assistenziali.

La rilevanza del suddetto lavoro di tesi è rappresentato dal fatto che i risultati emersi sono incoraggianti e vanno ad integrare la letteratura, che risulta essere carente almeno in Italia, sull'efficacia del modello Primary nursing, al fine di fornire evidenze per il processo decisionale nella gestione infermieristica ospedaliera.

I risultati dello studio offrono elementi di riflessione ai servizi infermieristici, coordinatori delle unità operative:

- se un modello risulta essere funzionante in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza e qualità è giusto e doveroso che sia esteso e standardizzato alle unità operative omogenee dei diversi presidi ospedalieri della stessa azienda;
- sono necessari interventi per aumentare la valorizzazione della figura dell'infermiere in quanto livelli di insoddisfazione bassi devono essere presi in considerazione da chi svolge un ruolo nella gestione delle risorse umane poiché potrebbero verificarsi casi di turnover o assenteismo o peggio ancora intenzione di lasciare la professione con conseguente perdita di professionalità infermieristica da parte delle aziende sanitarie.

## **7. CONCLUSIONI**

Questo elaborato ha valutato l'impatto di due modelli assistenziali messi a confronto e la loro relazione con i risultati dei pazienti ricoverati sensibili all'assistenza infermieristica e sulla soddisfazione del personale infermieristico. E' emerso che, attraverso l'utilizzo del "Primary nursing", è aumentato il livello di attivazione dei pazienti intesa come autonomia e consapevolezza del proprio stato di salute, sono aumentate il numero di dimissioni a domicilio e si è ridotto notevolmente il tempo di degenza media. Lo studio invece non ha rilevato differenze significative per quanto riguarda la soddisfazione del personale infermieristico delle due unità operative oggetto di indagine.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. World Health Organization. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2021.
2. ISTAT. Annuario statistico italiano dell'ISTAT 2020.
3. Quaranta I. Antropologia medica. I testi fondamentali, Milano, Raffaello Cortina. 2005.
4. M. Zega, S. French, G. Vicario, E. Vellone, R. Alvaro. Il paziente cronico e la Unità Operativa di Degenza Infermieristica. *Igiene e sanità pubblica*. 2010;66, 551-562.
5. European network for workplace health promotion, Promoting healthy work for workers with chronic illness: a guide to good practice. 2012; 8.
6. N. Donders et al., Fatigue, emotional exhaustion and perceived health complaints associated with work-related characteristics in employees with and without chronic diseases, in *International archives of occupational and environmental health*. 2007;579.
7. Guglielmetti C., Gilardi S., Salini S., Cugnata F. 2013. La presa in carico del paziente cronico: nuove sfide e strumenti di valutazione della qualità delle cure (Intervento presentato al 10. convegno La ricerca delle buone pratiche in Psicologia della Salute: 10. Congresso nazionale della SIPSA tenutosi a Orvieto nel 2013).
8. Dal Molin A, Gatta C, Boggio Gilot C, Ferrua R, Cena T, Manthey M, Croso A. The impact of primary nursing care pattern: Results from a before–after study. *Journal of Clinical Nursing*. 2018; 27(5-6), 1094- 1102.
9. Sherman RO. Team nursing revisited. *J nurse Adm*. 1990; 20(11):43-46.
10. Daeffler R. Patients perception of care under team and and primary nursing. *J nurse adm*. 1975; 3(1):20-26.
11. Kron T., Gray A. The management of Patient Care: Putting Leadership Skills to Work. Philadelphia; WB Saunders. 1987.

12. Wilson NM, Dawson P. A comparison of primary nursing and team nursing in a geriatric long-term care setting. *Int j Nurs Stud.* 1989; 26(1):1-13.
13. Rafferty D. Team and primary nursing. *Senior nurse.* 1992;12(1):31-34,37.
14. Marram G, Flynn K, Abaravich W, Carey S. Cost effectiveness of Primary or team nursing. Wakefield, MA: Contemporary Publishing. 1976.
15. Wessel, S. L., & Manthey, M. Primary nursing: Person-centered care delivery system design. Minneapolis, MN: Creative Health Care Management. 2015.
16. Gardner KG, Tilbury M. A longitudinal cost analysis of primary and team nursing. *Nurs Econ.* 1991; 9(2):97-104.
17. Butler, M., Collins, R., Drennan, J., Halligan, P., O'Mathuna, D. P., T. J., Vilis, E. Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews,* 2011. (7), CD007019. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007019.pub2>.
18. Marek KD. Outcome measurement in nursing. *Journal of Nursing Care Quality* 1989; 4(1).
19. Gordon M. Nursing nomenclature and classification system development. *Online Journal of Issues in Nursing* 1998; 3(2).
20. Germini F., Vellone E., Venturini G., Alvaro R. Gli outcomes del nursing: strumenti per rendere visibile l'efficacia dell'assistenza infermieristica; 2010. Vol. 63, n. 4, pag. 205-10.
21. Hibbard, J. H., Greene, J., & Overton, V. Patients with lower activation associated with higher costs; delivery systems should know their patients' score. *Health Affairs.* 2013. 32, 216-222.
22. Greene, J., Hibbard, J. H., Sacks, R., Overton, V., & Parrotta, C. D. When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Affairs.* 2015. 34(3), 431-437.

23. Hibbard, J. H., Greene, J., Shi, Y., Mittler, J., & Scanlon, D. Taking the long view: How well do patient activation scores predict outcomes four years later? *Medical Care Research and Review*. 2015. 72(3), 324-337.
24. Locke, The nature and cause of job satisfaction. In Dunnette, M.D. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Rand McNally, Chicago. 1976; 1293-1349.
25. Spector, P.E. *Job satisfaction: application, assessment, causes and consequences*. Sage, Thousand Oaks: CA; 1997.
26. Stamps, PL. *Nurses and Work Satisfaction: An Index for Measurement*. Health Administration Press, Chicago: IL; 1997.
27. Kreitner, Kinicki. *Comportamento organizzativo*. 6th ed. Milano: Feltrinelli; 2004.
28. Avallone, F. *Psicologia del lavoro*. Roma: Carocci; 1994.
29. Cortese, C.G. La soddisfazione lavorativa del personale infermieristico. Adattamento italiano della scala Index of Work Satisfaction di Stamps. *La medicina del lavoro*. 2007. 98, 3: 175-19198, 3: 175-191.
30. Graffigna G., Barello S., Bonanomi A., Lozza E. and Hibbard J. Measuring patient activation in Italy: Translation, adaptation and validation of the Italian version of the patient activation measure (PAM13-I). 2015; 15: 109, DOI 10.1186/s12911-015-0232-9.
31. STAMPS PL. *Nurses and Work Satisfaction: An Index for Measurement*. Chicago ILL. Health Administration Press. 1997; 77.
32. Lega F. *Economia e management sanitario. Settore, sistema, aziende, protagonisti*. 2020. 2: XVII-XXV.
33. Goncalves I, Arvelos D., Caldeira S., Jesus E., Nunes E. The Primary Nursing Care Model and Inpatients' Nursing-Sensitive Outcomes: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Quantitative Studies. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023. 20(3), 2391; <https://doi.org/10.3390/ijerph20032391>.

## ALLEGATO 1:

Di seguito sono riportate alcune affermazioni che le persone a volte fanno quando parlano della loro salute. Indica quanto sei d'accordo o in disaccordo con ogni affermazione in quanto si applica a te personalmente, cercando la tua risposta. Le tue risposte dovrebbero essere ciò che è vero per te e non solo ciò che pensi che gli altri vogliano che tu dica.

Se l'affermazione non si applica a te, cerchia N/A.

1. Quando tutto è stato detto e fatto, sono io la persona responsabile di prendersi cura della mia salute.	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
2. Assumere un ruolo attivo nella gestione della mia salute è il fattore più importante nel determinare il mio benessere e la mia qualità di vita.	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
3. Sono fiducioso di poter agire in modo da poter prevenire o ridurre certi sintomi o problemi legati al mio stato di salute.	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
4. Conosco gli effetti di ciascun farmaco che mi è stato prescritto.	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
5. Sono certo di poter riconoscere quando ho bisogno di cure mediche specialistiche e quando invece posso gestire un problema di salute per conto mio.	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
6. Sono fiducioso di poter dire al medico curante preoccupazioni inerenti alla mia salute anche quando non è lui a chiedermelo.	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
7. Sono fiducioso di poter proseguire trattamenti medici di cui ho bisogno a casa.	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
8. Capisco i miei problemi di salute e cosa li determina.	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
9. Sono a conoscenza delle differenti opzioni terapeutiche disponibili per il trattamento della mia	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A

---

malattia rispetto al mio stato di salute.

---

10. Sono stato in grado di mantenere	Fortemente	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
--------------------------------------	------------	------------	-----------	----------------------	-----

cambiamenti dello stile di vita che ho assunto  
volti a migliorare il mio stato di salute.

disaccordo

---

11. So cosa posso fare per prevenire ulteriori complicanze relative al mio problema di salute.	Fortemente	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
---	------------	------------	-----------	----------------------	-----

disaccordo

---

12. Sono fiducioso di poter trovare soluzioni	Fortemente	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
---	------------	------------	-----------	----------------------	-----

quando sorgono nuovi problemi con il mio stato  
di salute.

disaccordo

---

13. Sono fiducioso di poter mantenere cambiamenti dello stile di vita, come la dieta e fare esercizio fisico anche durante periodi di stress.	Fortemente	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
--	------------	------------	-----------	----------------------	-----

disaccordo

---

Data ricovero:

Diagnosi di ingresso:

Età

Sesso:

M	F
---	---

Livello di istruzione:

Vive da solo:

SI	NO
----	----

## ALLEGATO 2:

Di seguito sono riportate alcune affermazioni che le persone a volte fanno quando parlano della loro salute. Indica quanto sei d'accordo o in disaccordo con ogni affermazione in quanto si applica a te personalmente, cercando la tua risposta. Le tue risposte dovrebbero essere ciò che è vero per te e non solo ciò che pensi che gli altri vogliono che tu dica.

Se l'affermazione non si applica a te, cerchia N/A.

1. Quando tutto è stato detto e fatto, sono io la persona responsabile di prendersi cura della mia salute.	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
2. Assumere un ruolo attivo nella gestione della mia salute è il fattore più importante nel determinare il mio benessere e la mia qualità di vita.	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
3. Sono fiducioso di poter agire in modo da poter prevenire o ridurre certi sintomi o problemi legati al mio stato di salute.	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
4. Conosco gli effetti di ciascun farmaco che mi è stato prescritto.	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
5. Sono certo di poter riconoscere quando ho bisogno di cure mediche specialistiche e quando invece posso gestire un problema di salute per conto mio.	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
6. Sono fiducioso di poter dire al medico curante preoccupazioni inerenti alla mia salute anche quando non è lui a chiedermelo.	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
7. Sono fiducioso di poter proseguire trattamenti medici di cui ho bisogno a casa.	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
8. Capisco i miei problemi di salute e cosa li determina.	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
9. Sono a conoscenza delle differenti opzioni terapeutiche disponibili per il trattamento della mia	Fortemente disaccordo	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A

---

malattia rispetto al mio stato di salute.

---

10. Sono stato in grado di mantenere	Fortemente	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
--------------------------------------	------------	------------	-----------	----------------------	-----

cambiamenti dello stile di vita che ho assunto  
volti a migliorare il mio stato di salute.

disaccordo

---

11. So cosa posso fare per prevenire ulteriori complicanze relative al mio problema di salute.	Fortemente	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
---	------------	------------	-----------	----------------------	-----

disaccordo

---

12. Sono fiducioso di poter trovare soluzioni	Fortemente	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
---	------------	------------	-----------	----------------------	-----

quando sorgono nuovi problemi con il mio stato  
di salute.

disaccordo

---

13. Sono fiducioso di poter mantenere cambiamenti dello stile di vita , come la dieta e fare esercizio fisico anche durante periodi di stress.	Fortemente	Disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo	N/A
---	------------	------------	-----------	----------------------	-----

disaccordo

---

Data dimissione:

Dimissione a 

SI	NO
----	----

 domicilio

### ALLEGATO 3:

Segnare con una x le proprie caratteristiche

<i>Genere</i>			<i>Età</i>	20 - 25	<i>Livello di istruzione</i>	Diploma universitario
	Maschio	Femmina		26 - 30		Laurea Infermieristica
				31-35		Laurea magistrale
<i>Anni di servizio</i>	0-5			36-40		
	6-10			41-45		
	11-15			46-50		
	16-20			51-55		
	21-25			>56		
	26-30					
	>30					

### INDEX OF WORK SATISFACTION (Cortese) del PERSONALE INFERMIERISTICO

1 = Fortemente disaccordo; 7 = Fortemente d'accordo

Segnare con una x il valore che attribuite ad ogni domanda

Domande	1	2	3	4	5	6	7
1 Sono soddisfatto/a del mio attuale stipendio							
2 L'attività infermieristica non è generalmente considerata una professione importante (-)							
3 Il personale infermieristico del mio reparto si aiuta a vicenda quando il lavoro diventa maggiormente frenetico							
4 Si richiede troppo lavoro burocratico al personale infermieristico di questo ospedale (-)							

5 Nel mio ospedale il personale infermieristico ha la possibilità di partecipare alla programmazione dei turni							
6 In genere nel mio reparto i medici cooperano con gli infermieri							
7 Mi sembra di essere controllato/a più del necessario (-)							
8 Penso che molti infermieri/e di questo ospedale non siano soddisfatti del proprio stipendio (-)							
9 La maggior parte delle persone riconosce l'importanza delle cure offerte dagli infermieri ai pazienti							
10 Per i nuovi infermieri è difficile sentirsi "a casa" nel mio reparto							
11 Sono convinto che la mia attività lavorativa sia realmente importante							
12 Esiste una grande distanza tra l'amministrazione di questo ospedale e i quotidiani problemi del servizio infermieristico							
13 Mi sento sufficientemente stimolato/a nel prestare cure a ciascuno dei miei pazienti							
14 Considerando che cosa viene richiesto al personale infermieristico, il nostro stipendio è adeguato							
15 Penso che riuscirei a svolgere un servizio migliore se non avessi continuamente così tanto da fare							
16 C'è un buon lavoro di gruppo e una buona cooperazione tra i vari livelli del personale infermieristico del mio reparto							
17 Ho troppa responsabilità e poca autorità							
18 Il personale infermieristico di questo ospedale non ha sufficienti opportunità di fare carriera (-)							
19 Infermieri e medici del mio reparto lavorano molto in gruppo							
20 Durante il lavoro, i miei supervisor prendono tutte le decisioni e io ho poco controllo diretto sulla mia attività							

21 In questo ospedale gli aumenti di stipendio del personale infermieristico non sono soddisfacenti							
22 Sono soddisfatto/a delle varie attività che svolgo nel mio lavoro							
23 Il personale infermieristico del mio reparto non è socievole e amichevole come vorrei							
24 Ho molto tempo e occasioni per discutere con gli altri infermieri sui problemi relativi alla cura dei pazienti							
25 Ci sono ampie opportunità per gli infermieri di partecipare al processo decisionale di tipo amministrativo							
26 Ci è permessa una buona autonomia, anche se non espressamente richiesta							
27 Non faccio nulla di realmente significativo nella mia attività lavorativa							
28 Nel mio reparto c'è un'elevata considerazione di sé: gli infermieri raramente collaborano con quelli con minor esperienza o con differente preparazione							
29 Ho sufficiente tempo per dedicarmi alla cura dei pazienti							
30 Alcune volte mi sento frustrato/a perché mi sembra che tutte le mie attività siano già state programmate							
31 Talvolta sul lavoro mi viene chiesto di fare cose che sono contrarie alla mia ética professionale							
32 Rispetto a ciò che si sente dire sullo stipendio degli infermieri/e degli altri ospedali, noi qui siamo abbastanza ben retribuiti							
33 In questo ospedale le decisioni amministrative interferiscono troppo con la cura dei pazienti							
34 Mi rende fiero/a parlare con altre persone di ciò che faccio nel mio lavoro							
35 Mi piacerebbe che i medici di questo ospedale mostrassero maggior rispetto per le conoscenze e le capacità del personale infermieristico							

36 Potrei offrire un'assistenza migliore a ciascun paziente se avessi più tempo da dedicargli							
37 I medici di questo ospedale generalmente comprendono e apprezzano il lavoro che gli infermieri svolgono							
38 Se avessi la possibilità di ricominciare da capo, intraprenderei nuovamente la professione di infermiere							
39 In questo ospedale i medici "guardano dall'alto in basso" il personale infermieristico							
40 Posso esprimermi liberamente riguardo al funzionamento del mio reparto							
41 La mia attività lavorativa non richiede troppe conoscenze o capacità							
42 I responsabili del personale infermieristico generalmente consultano gli infermieri riguardo alle procedure e ai problemi quotidiani							
43 Nel mio lavoro ho la possibilità di prendere autonomamente decisioni importanti e posso contare sul sostegno dei miei responsabili							
44 È necessario un aumento di stipendio per gli infermieri/e di questo ospedale							