



Società Italiana di
Gerontologia e
Geriatría

TAVOLA ROTONDA

MODELLI ASSISTENZIALI: DALLA CURA PER ACUTI ALLA CRONICITÀ

Modelli organizzativi

Nursing job organization

L. D'ADDIO

Professore a contratto di Scienze Infermieristiche, Università di Firenze

This paper describes an analysis concerning the nursing job organization, starting from a consideration of the services which our society demands in view of the ageing of the population. The hospital, which goes on playing a central role in the organization of the services nowadays, should be supported by other health facilities which should tend to the needs of the elderly, in order to assure a continuity of assistance to those who are chronically ill or suffer for degenerative diseases.

The organising competence of the Italian nursing profession is analysed through the assessment of the reasons which could hamper a change, with a focus on the gap between the expectations of the society, clearly marked by the regulations of the past decade, and the organization of health care and welfare services.

Finally, an operational model is suggested for the management of a change in the direction of services which should define health care and nursing care on the basis of the target population.

Key words: Nursing reengineering • Personal care • Nursing care

Discutendo dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari per l'anziano, è inderogabile affermare in primo luogo che non esistono modelli organizzativi in assoluto validi e adeguati, bensì organizzazioni centrate o meno sulla popolazione a cui si rivolgono. Scopo di questo contributo è evidenziare che i nostri servizi a tutt'oggi sono centrati sulle necessità interne piuttosto che sui bisogni della popolazione, quindi che una innovazione si rende improrogabile affinché l'anziano possa trovare nell'assistenza infermieristica e nell'assistenza di base una effettiva risposta alle sue esigenze.

Quali servizi per quale comunità?

Dovendo inquadrare la problematica dell'adeguatezza dei servizi socio-sanitari ai bisogni dei cittadini anziani, è inderogabile partire dall'analisi della società stessa, onde evitare incongruenze come quelle attualmente riscontrabili nel nostro servizio sanitario.

L'analisi della società attuale che ci siamo ripromessi non può essere qui presentata in forma esaustiva: ci limiteremo quindi a mettere in luce i diversi fattori che impongono oggi un radicale ripensamento dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari. Quelli di maggior influenza possono essere riassunti nei seguenti:

- dal punto di vista demografico, lo scenario attuale presenta particolarità uniche al mondo: l'Italia è il paese con maggior anziani, tanto che nel 2010 (con quaranta anni di anticipo rispetto al resto del mondo) l'Italia raggiungerà l'inver-



sione di crescita, ovvero l'inizio della diminuzione della popolazione, poiché le fasce giovanili saranno troppo scarse per mantenere l'assetto tipico del secolo scorso;

- dal punto di vista sociologico, si osserva oggi un aumento delle famiglie mononucleari, quindi prive di familiari che possono accudire (fenomeno delle badanti) o con nuovi soggetti bisognosi di assistenza al suo interno (fenomeno caregiver);
- dal punto di vista infermieristico, si nota un aumento della popolazione con ridotte competenze funzionali correlate all'anzianità. Vi è quindi uno spostamento dalla centralità dei segni e sintomi tipici del modello biomedico alla valutazione multidimensionale dell'anziano, centrata come sappiamo sulla capacità di gestire le attività di vita quotidiana. Per meglio dire, i problemi di salute dell'anziano si declinano nel quotidiano nel complesso assommarsi di effetti di quadri patologici (es. diabete, demenza, BPCO) e di effetti derivanti dall'anzianità.

Gli eventi messi ora in luce costringono ad un ripensamento sull'organizzazione dei servizi socio-sanitari: in questa riflessione ormai irrinunciabile la professione infermieristica si presenta quale principale fautrice di una riprogettazione dell'assistenza, che veda finalmente approcciarsi all'anziano con la visione globale delle sue dimensioni. Si tratterà quindi di progettare nuovi servizi, nuove forme di assistenza che abbandonino la visione ospedalocentrica, per orientarsi piuttosto a forme di supporto all'anziano solo, magari con strutture modulari che possano seguire l'evoluzione delle sue condizioni in un arco di tempo che ormai si snoda su decenni. È chiaro che l'ospedale e l'assistenza domiciliare non possono essere più le strutture di riferimento per una popolazione così composta, ma per certi versi neppure le RSA, che troppo spesso ricalcano l'organizzazione di una degenza piuttosto che di una abitazione. È tempo quindi di un ripensamento, nel quale assumere il ruolo di progettatori.

Ma è solo questione di servizi, o anche di organizzazione interna di questi?

Cosa ostacola il cambiamento?

Ad un'analisi attenta di quanto avviene oggi nei nostri servizi, emerge forte il dubbio che i sanitari, nella nostra cultura, siano concepiti come soggetti esperti di scienza, meno di organizzazione. La competenza organizzativa, che pure oggi ha così ampio

spazio nella formazione di base e permanente di ogni gruppo che gestisce risorse, non ha ancora una posizione dignitosa nella formazione dei sanitari di ogni livello. Se poi ci riferiamo alla comunità infermieristica, questo paradosso emerge ancora più chiaro: gli infermieri sono oggi i registi dell'assistenza, hanno un ruolo riconosciuto nella conduzione di molti servizi, sono una professione a tutti gli effetti, eppure la loro competenza organizzativa è ancora ferma alle concezioni vocazionali.

Dovendo inquadrare il fenomeno, potremmo dire che il modello professionale più condiviso nella comunità infermieristica è ancora quello burocratico: l'organizzazione dei servizi viene qui gestita dall'alto, ovvero ricorrendo a normare l'operatività delle varie figure coinvolti. Per esempio, si sono a lungo utilizzati i mansionari, ovvero disposizioni di legge che descrivevano tutte le prestazioni specifiche che un operatore doveva e poteva compiere. Norme e regolamenti garantiscono il regolare svolgimento delle attività organizzative, così da ridurre l'incertezza e adattare i comportamenti degli operatori alla volontà espressa dalle norme, che per questo sono del tutto impersonali¹.

Il modello burocratico è la matrice da cui deriva il modello funzionale o per compiti, così diffuso ancora nei nostri servizi: infatti tipico della burocrazia è la divisione del lavoro in livelli gerarchici, con al livello più basso l'esecutore materiale della produzione, mentre al livello intermedio c'è l'analisi e la scelta. Ne deriva che il modello funzionale è risultato incentrato sulle prestazioni anziché sulla persona, orientato alla dimensione tecnica ma non a quella relazionale dell'assistenza, adeguato a figure esecutive anziché a professionisti dell'assistenza.

Il modello burocratico è stato oggetto di molte critiche. Nel resto del mondo del lavoro, il modello burocratico è ormai ampiamente superato, ma guardando all'organizzazione dei servizi socio-sanitari l'impressione non è la stessa: questa modalità organizzativa pervade ancora la strutturazione interna di molti servizi, in modo inspiegabile, se non alla luce della deresponsabilizzazione che ha sistematizzato. Un sistema deresponsabilizzante finisce infatti col rendere inavviabile il cambiamento, poiché gli operatori pensano che il loro ruolo sia incentrato sul fare anziché sul decidere, sul progettare, sull'innovare.

A partire dagli anni Ottanta un profondo processo di razionalizzazione ha investito la cultura azienda-

¹ Raymond A. Le tappe del pensiero sociologico. Milano: Oscar Mondadori 1989.

le italiana: l'attenzione è interamente rivolta alla comprensione dei meccanismi attraverso cui vengono elaborate delle scelte, chi le prende e perché i membri di una organizzazione dovrebbero accettare queste decisioni. Sulla scia delle scuole incentrate sulla razionalità è la teoria di Simon², che si concentra sull'analisi del comportamento della persona all'interno delle organizzazioni: gli individui per loro natura hanno una razionalità limitata, cioè non sono in grado di raggiungere l'ottimo perché le conoscenze e le informazioni che hanno a disposizione al momento di una determinata scelta sono sempre limitate e relative. Nel fare una scelta ogni individuo si rivolge ad un rapporto mezzi-fini, vale a dire cerca di usare quelli che sono gli strumenti più adeguati per raggiungere il suo obiettivo; la razionalità umana è limitata perché non sempre la catena mezzi-fini è completa, inoltre tanto più il fine è remoto tanto più debole diventa l'integrazione tra le varie azioni: per questo è più utile lavorare su fini più vicini. La mente umana può contenere solo una ristretta quantità di alternative, quindi la scelta dei mezzi può seguire sempre una stessa via, anche perché secondo Simon si è propensi a restare sempre sulle stesse scelte per il ricordo di successi precedenti, per convinzioni radicate. Esiste una catena infinita di mezzi-fini, ma l'uomo vede solo qualche anello di questa catena perché ha una razionalità limitata nelle decisioni. Di conseguenza la mente umana non è in grado di accumulare tutte le possibili concatenazioni di eventi che nascono da una decisione: dato che esistono questi limiti del comportamento umano, le organizzazioni nascono come correttivo di questi limiti proponendo una serie di meccanismi che possono sostenere o plasmare la scelta dell'individuo. Ogni singolo operatore all'interno dell'organizzazione di cui fa parte deve essere in grado di utilizzare autonomamente dei criteri di scelta confrontandosi con i mezzi più adatti da usare per raggiungere fini dati. La scelta, però, non potrà essere la scelta ottima, poiché la sua discrezionalità nella decisione è limitata dalle proprie conoscenze ed esperienze nello scegliere i mezzi adatti per raggiungere lo scopo.

L'organizzazione ha come funzione quella di porre i suoi membri in un ambiente psicologico che permetta di adattare le decisioni umane agli obiettivi organizzativi e fornisca agli individui la quantità di informazioni sufficiente affinché la decisione sia corretta. Se le organizzazioni si dotano di repertori di programmi decisionali, cioè raccolgono l'espe-

rienza di molti casi in regole decisionali predefinite, la decisione sarà facilitata anche nel momento in cui si presenteranno nuovi casi, poiché esistono già delle procedure codificate che aiutano l'operatore nella scelta. Questa programmazione puntuale e dettagliata dei comportamenti organizzativi riduce molto l'incertezza che potrebbe coinvolgere gli operatori dato che le regole stesse impongono la decisione.

Le informazioni sono un altro metodo molto importante attraverso cui l'organizzazione può aiutare i suoi operatori nella scelta, poiché maggiore è la conoscenza di un problema o di un fine da perseguire, maggiore sarà la possibilità che la scelta fatta sia vicina a quella ottimale.

L'addestramento permette di far assimilare all'individuo dei comportamenti standard e abituali che servono all'interno dell'organizzazione in modo che queste prassi lo sollevino dal peso di dover di volta in volta stabilire come deve essere eseguito un compito. Il criterio di efficienza fa in modo che nel momento della scelta si scelga sempre l'alternativa che produce il massimo rendimento possibile. Queste influenze forniscono al decisore, al momento della scelta, degli strumenti cognitivi aggiuntivi rispetto alle conoscenze da lui possedute e allargano, di fatto, i limiti della sua razionalità decisionale.

Oggi, infine, il modello della *total quality* impone una ulteriore riflessione: la rigida struttura della divisione burocratica del lavoro è ampiamente superata, la discrezionalità è anzi parte in gioco del rapporto col professionista. L'intento è proprio quello di attivare la capacità creativa di ogni soggetto che partecipa al processo produttivo, dato che chi si occupa giorno dopo giorno di una certa attività ne diventa il maggior esperto: solo questi infatti può essere protagonista di ogni riflessione critica sull'esperienza, che è la prima e principale forma di miglioramento della qualità. Si sancisce in questo modo la fine della vecchia divisione del lavoro in attività intellettuali di alcuni e attività esecutive di altri: in ogni ambito produttivo è possibile avvalersi della persona risorsa in grado di riprogettare continuamente la propria attività, forte della sua esperienza in materia.

Tornando quindi al nostro quesito d'origine, cosa ostacola la transizione dal modello, ormai abbandonato in tutto il mondo del lavoro ma ancora così vitale nei servizi sanitari? Come facilitare la riprogettazione dei servizi a misura delle esigenze dei nostri cittadini, ma non più come slogan di uso comune, bensì come realtà?

² Cfr. Bonazzi G. Storia del pensiero organizzativo. Milano: Franco Angeli 1999;15.

La riprogettazione dei servizi e dell'assistenza

I servizi socio-sanitari attendono oggi un ruolo forte della professione infermieristica, che può divenire competente nella analisi dei bisogni di assistenza della popolazione di un certo territorio, della organizzazione di servizi a misura di questi bisogni e della strutturazione dell'assistenza di base e dell'assistenza infermieristica necessarie.

In quale percorso questo può realizzarsi? Pur nell'impossibilità di stabilire in questa sede la ricetta universale per ciò, è comunque possibile definire alcune tappe chiave per aiutare tutti i professionisti dell'assistenza a identificare un possibile cammino di innovazione, tenendo conto della inevitabile gradualità di questo.

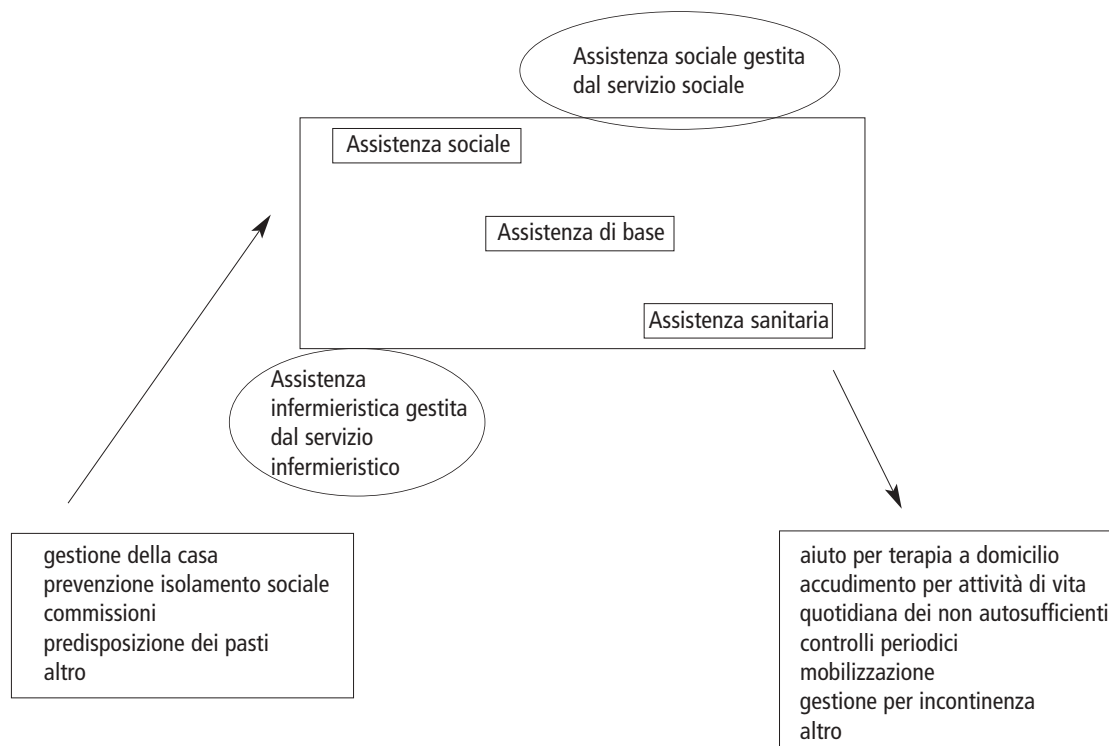
Un primo luogo gli infermieri sono chiamati a rendersi protagonisti attivi della definizione dell'assistenza di base e dell'assistenza infermieristica, affinché l'una non venga più confusa con l'altra. Dal

momento in cui si è inserita anche nella realtà italiana una forma di assistenza nuova³, che non si identifica con quella infermieristica, finora unica e onnicomprensiva, è importante che questa venga ben identificata e inquadrata nei servizi socio-sanitari. Questo permetterà di superare il conflitto e le incertezze in atto sull'utilizzo della figura dell'Oss, dinamiche queste legate ancora all'inquadramento delle prestazioni dell'una o dell'altra figura piuttosto che sul ruolo.

La riprogettazione dell'assistenza impone alcune tappe fondamentali, che in successione cronologica e logica vengono qui di seguito riassunte.

In primo luogo la definizione della *mission infermieristica* della U.O.: nonostante che molti infermieri stessi diano per scontato che il loro mandato è assistere, oggi l'infermieristica è così tanto ampia e variegata al suo interno da far risultare insufficiente questa definizione. La mission infermieristica permette di individuare la specificità dell'assistenza infermieristica in ogni contesto, l'impegno

Fig. 1.



³ Contrariamente a quanto si sottolinea ripetutamente, la vera innovazione dei nostri giorni non è tanto l'inserimento dell'Oss nei servizi, quanto la definizione e introduzione di una nuova forma di assistenza, quella di base, appunto: " Comprende le attività di vita quotidiana rivolte al soddisfacimento dei bisogni elementari, ma indispensabili a ciascuno. L'assistenza infermieristica ha ambiti in comune con quella di base, ma se ne distingue per essere professionalizzata, mentre l'assistenza di base è un accadimento della persona che non richiede competenze professionali, bensì la capacità/competenza di stare accanto alla persona non autosufficiente come potrebbe fare un familiare, se esistesse" (D'Addio, 2002).

che questa assume nel partecipare ai più ampi obiettivi aziendali, gli scopi che l'équipe infermieristica si prefigge e il contratto che di conseguenza assume con l'utenza.

Successivamente la definizione del modello concettuale di riferimento da parte dell'équipe infermieristica. Il modello concettuale è indispensabile per assumere uno stesso modello di infermiere di riferimento: sebbene la questione sia ancora molto nuova nelle nostre realtà, pensandoci bene la mancata definizione di un modello unico di infermiere di riferimento produce la frammentazione e l'andamento per routine che ancora è tipico di molte realtà italiane. Gli infermieri sono in grado di lavorare assieme senza essersi chiariti su quale sia il modello di riferimento che stanno attuando, di conseguenza con scarti sullo specifico infermieristico da realizzare qui ed ora: pensiamo per un attimo a che cosa accadrebbe se 3 infermieri seguissero il modello di D. Orem, altri 2 quello di V. Henderson, e così via. In pratica assisteremmo ad una assistenza schizofrenica, come se, per dire, uno psicoterapeuta usasse la teoria freudiana alternativamente a quella junghiana. Purtroppo la cultura infermieristica è ancora troppo nuova per portare i suoi effetti diffusamente, ma la riflessione su questo aspetto si rende oggi improcrastinabile.

La scelta di un modello organizzativo di riferimento per l'assistenza: classicamente il modello funzionale (o per compiti) ha pervaso fino ad oggi le unità operative ospedaliere, senza che visioni più moderne e legislazione corrente lo incrinassero.

L'articolo fornisce un'analisi dell'organizzazione del lavoro infermieristico, a partire da una riflessione sui servizi di cui necessita oggi la nostra società, a fronte dell'invecchiamento della popolazione. L'ospedale, struttura centrale dell'organizzazione dei servizi ancora oggi, dovrebbe essere affiancato da servizi centrati sulle esigenze dell'anziano, in modo da offrire continuità assistenziale a soggetti che conviveranno con patologie cronico-degenerative per un lungo arco di tempo. Valutando quali motivi ostacolano il cambiamento, si analizza la competenza organizzativa della comunità infermieristica italiana, soprattutto per

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Bonazzi G. *Storia del pensiero organizzativo*. Milano: Franco Angeli 1999.
- Cianfanelli S, D'Addio L. *L'operatore socio sanitario*. Roma: Carocci Faber 2002.
- Lavalle T. *Dirigere le risorse umane*. Roma: Carocci 2003.

Basti pensare, a quest'ultimo proposito, quanto espresso dal Profilo (DM 739/94) e dalla L. 251/00: la metodologia infermieristica, l'orientamento alla personalizzazione dell'assistenza e l'organizzazione del lavoro per obiettivi sono definizioni della normativa già formalizzate da anni, ma tutto ciò sembra aver sfiorato marginalmente le nostre realtà. Ancora limitate sono le esperienze di piccole équipe o settorializzazione, pressoché sconosciuto il case management (se si esclude l'Emilia Romagna, che ne ha fatto un modello regionale). L'inserimento dell'Oss deve essere preceduto da una riflessione sull'organizzazione del lavoro assistenziale, con la conseguente scelta di un modello organizzativo congruente con la disponibilità e il coerente impiego dei due profili a disposizione. Sicuramente il modello delle piccole équipe può risultare ottimizzante l'inserimento dell'Oss.

Non in ultimo, l'assegnazione delle responsabilità e la definizione dei relativi standard: per la discrezionalità che caratterizza oggi l'organizzazione interna dei servizi, è necessario che in ognuno di questi venga definito *chi fa che cosa*, individuando la figura giusta per ciascuna prestazione assistenziale che deve essere assicurata nel servizio. Lo strumento più indicato per questa attività è la costruzione della *job description*, oltre alla definizione degli standard assistenziali, così da socializzare nel team di lavoro i patrimoni individuali di ciascuno.

I nostri anziani aspettano servizi a loro misura: è possibile fare molto per loro, possiamo farlo e ne abbiamo tutta la possibilità!

il gap che sta emergendo tra le attese della società, evidenziate anche dalla normativa dell'ultimo decennio, e l'organizzazione dei servizi socio-sanitari.

Il contributo si conclude con una proposta operativa per gestire il cambiamento verso servizi che definiscano l'assistenza di base e l'assistenza infermieristica da fornire alla popolazione target, attraverso un percorso suggerito di riprogettazione a livello di unità operativa.

Parole chiave: Riprogettazione dell'assistenza • Assistenza di base • Assistenza infermieristica

- Maciocco G. *Le riforme dei sistemi sanitari nei paesi industrializzati*. Salute e Territorio 2000;118.
- Pignatto A, Ragazzo C. *Organizzazione e qualità nei servizi socio-sanitari*. Roma: Carocci 2002.
- Raymond A. *Le tappe del pensiero sociologico*. Milano: Oscar Mondadori 1989.
- Santullo A. *L'infermiere e le innovazioni in sanità*. Milano: McGraw-Hill 1999.

