



# L'IMPATTO DEL PRIMARY NURSING IN AREA CARDIOLOGICA: UNO STUDIO PRE-POST

Busca E.<sup>a,b</sup>, Caristia S.<sup>a</sup>, Petrillova M.<sup>b</sup>, Sanna F.<sup>b</sup>, Tofan M.<sup>c</sup>, Vairo C.<sup>b</sup>, Zumbo P.<sup>b</sup>, Torgano C.<sup>b</sup>, Dal Molin A.<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Via Solaroli 17, 28100, Novara

<sup>b</sup>Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità, Corso Giuseppe Mazzini 18, 28100, Novara

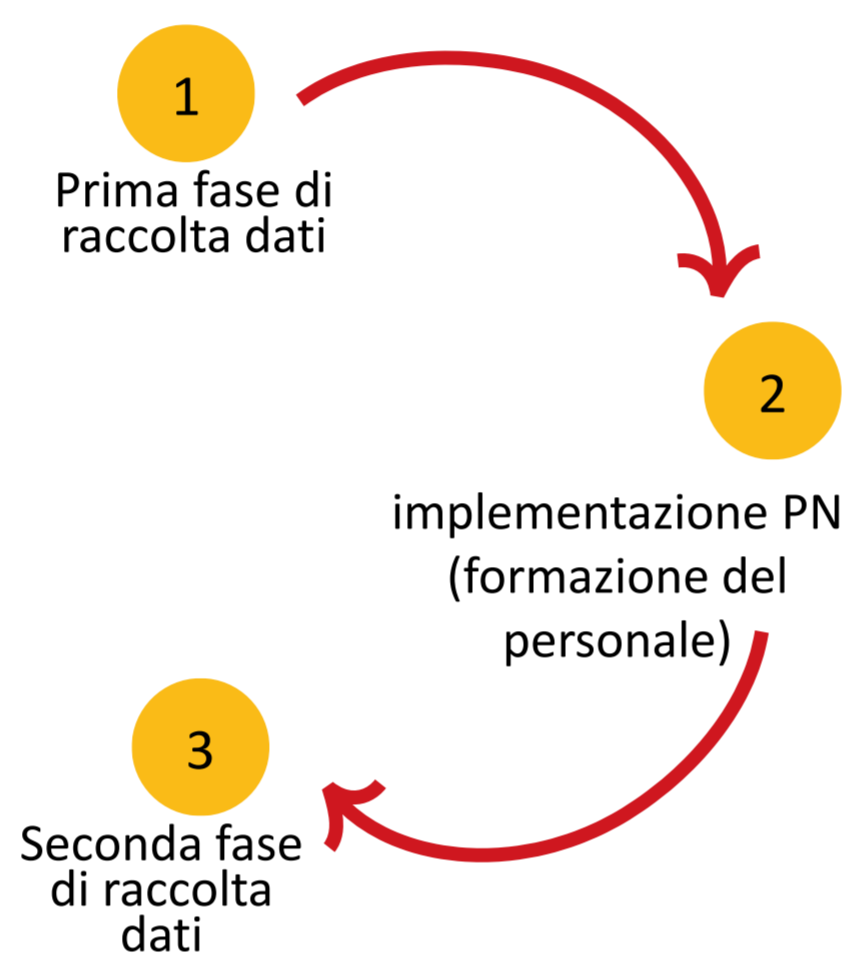
<sup>c</sup>Affidea-CDC, Via Giovanni Gnifetti 22, 28100, Novara

## BACKGROUND

il Primary Nursing (PN) è un modello di erogazione dell'assistenza infermieristica che si è sviluppato a partire dagli anni settanta come alternativa all'organizzazione del lavoro per equipe o funzionale (per compiti) per migliorare la qualità dell'assistenza e il livello professionale degli infermieri. Recentemente è stato adottato in Italia. L'impatto dell'implementazione del PN è stato studiato prevalentemente sugli esiti riferiti dal personale in termini di soddisfazione professionale e stress lavorativo.

## OBIETTIVO

L'obiettivo dello studio è valutare l'effetto dell'implementazione del PN nell'area cardiologica dell'AOU Ospedale "Maggiore della Carità" di Novara.



## MATERIALI E METODI

Uno studio sperimentale pre-post è stato condotto da novembre 2019 a giugno 2022.

Sono stati arruolati tutti gli utenti afferenti all'area cardiologica in grado di esprimere il consenso allo studio e con un ricovero superiore alle 48h.

L'outcome primario è la comparsa di infezioni ospedaliere correlate all'assistenza (ICA), gli outcome secondari analizzati sono stati: le lesioni da pressione, lo stato funzionale (indice di Barthel), la durata della degenza e la soddisfazione dell'utenza (Caring Behaviors Inventory).

I dati sono stati raccolti tramite compilazione di una scheda da parte del personale infermieristico al momento del ricovero e delle dimissioni dei pazienti, sia nella fase pre che nella fase post.

## RISULTATI

Lo studio ha coinvolto 192 pazienti nella fase pre e 190 pazienti nella fase post implementazione PN.

Non ci sono differenze statisticamente significative tra i due gruppi in studio rispetto al sesso, età e altre caratteristiche socio-demografiche ( $p > 0,25$ ) (Tabella 1).

L'intervento sembra essere protettivo rispetto allo sviluppo di ICA e lesioni da pressione (Tabella 2). Miglioramenti si osservano anche sulla soddisfazione dell'utenza a seguito dell'implementazione del PN (Tabella 3).

Inoltre, è stato riscontrato un miglioramento dell'indice di Barthel (differenza tra pt dimissione / accettazione) in entrambi i gruppi di utenti, con un incremento maggiore nel gruppo post PN (+3,91% vs +6,24%) ( $p = 0,442$ ) ed una durata della degenza maggiore nel post ( $p = 0,030$ ).

Tabella 1: caratteristiche pazienti

	Pre	Post	p-value
<b>Età (media, ds)</b>			
	66,41±14,28	67,12±13,47	0,620*
<b>Genere (n,%)</b>			
Uomini	138 (72,25)	139 (73,54)	0,777**
Donne	53 (27,75)	50 (26,46)	
<b>Ricoveri progressi (n,%)</b>			
No	150 (81,97)	146 (76,84)	0,221**
Sì	33 (18,03)	44 (23,16)	
<b>Caregiver presente (n,%)</b>			
No	37 (19,47)	30 (15,96)	0,371**
Sì	15 (80,53)	158 (84,04)	
<b>Stato civile (n,%)</b>			
Coniugato	137 (74,05)	138 (73,40)	0,759***
Separato/divorziato	7 (3,78)	7 (3,72)	
Celibe/nubile	16 (8,65)	18 (9,57)	
Vedovo	21 (11,35)	24 (12,77)	
Altro	4 (2,16)	18 (9,53)	

\* Student's t-test; \*\* Chi-squared test; \*\*\* Fisher's exact test

Tabella 2: eventi avversi

	Pre (n,%)	Post (n,%)	OR	IC 95%
<b>ICA</b>				
No	186 (96,88)	188 (98,95)	1	[0,069-1,817]
Sì	6 (3,12)	2 (1,05)	0,35**	
<b>Lesioni da pressione</b>				
No	179 (98,90)	177 (98,33)	1	[0,079-5,974]
Sì	2 (1,10)	3 (1,67)	0,69***	

Non sono state rilevate cadute

\* n persone che hanno o non hanno avuto almeno un esito; \*\* aggiustato per età e sesso; \*\*\* aggiustato per età, sesso e punteggio della scala Braden (rischio di lesione)

Tabella 3: CBI

Domini della scala	Pre (media, ds)	Post (media, ds)	p-value*
Assicurare la presenza	5,42±0,85	5,41±0,67	0,0003
Conoscenze e competenze professionali	5,69±0,60	5,75±0,47	0,0000
Rispetto	5,46±0,79	5,49±0,64	0,0001
Attenzione all'esperienza altrui	5,64±0,66	5,67±0,55	0,0002

\* test di Kruskal-wallis

## CONCLUSIONE

I risultati di questa analisi, che si inserisce in uno studio più ampio multicentrico, riportano effetti non statisticamente significativi a favore dell'implementazione del PN per gli outcome osservati, eccetto per la soddisfazione da parte dell'utenza sull'assistenza ricevuta. Trattandosi di un intervento complesso in sanità, una valutazione aggiuntiva nel lungo periodo potrebbe rendere maggiormente evidente la bontà dell'intervento. Nonostante lo studio si sia sviluppato in epoca COVID-19, i risultati ci restituiscono una valutazione positiva in termini di fattibilità nell'implementazione del modello.



# IL MODELLO DI CURA DEGLI INFERMIERI DI FAMIGLIA E COMUNITA' DELLA CASA DELLA SALUTE DI VERCELLI – PROTOCOLLO DI UNO STUDIO ETNOGRAFICO

Barisone M.<sup>a,b</sup>, Busca E.<sup>a,c</sup>, De Luca E.<sup>d</sup>, Profenna E.<sup>e</sup>, Bassi E.<sup>a,c</sup>, Dal Molin A.<sup>a,c</sup>, Gruppo di lavoro\*

<sup>a</sup>Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Via Solaroli 17, 28100, Novara

<sup>b</sup>S.C. Centro Controllo Direzionale-Azienda Socio Sanitaria Ligure-ASL2, P.zza Pertini 10, 17100 Savona

<sup>c</sup>Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità, Corso Giuseppe Mazzini 18, 28100, Novara

<sup>d</sup>Faculty of Health and Life Sciences, Department of Nursing, Exeter University, UK

<sup>e</sup>Azienda Unità Sanitaria Locale-AUSL, Strada del Quartiere 2/A, 43125, Parma

\*Carnevale L., Suardi B., Zani C., Sacchi M., Sicuranza M.R.

## 1

### BACKGROUND

Il progressivo invecchiamento della popolazione e conseguente incidenza delle persone con almeno una patologia cronica, determina uno scenario assistenziale che non può non considerare la vulnerabilità sociale in cui si muove la domanda di salute e delle risorse di sostegno, che includono la ridefinizione dell'istituzione "Famiglia". Si rende pertanto necessario ripensare ai modelli assistenziali territoriali e alla misurazione della loro efficacia. La Delibera del Consiglio dei Ministri (DM 71/2022) prima e il DM 77/2022 poi, mettono in evidenza il ruolo cardine dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) nell'assicurare assistenza infermieristica, a diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nel distretto in cui opera.



## 2

### OBIETTIVO

Descrivere il modello culturale degli IFeC nel contesto ambientale dove essi operano, ovvero la Casa della Salute di Santhià (CdS) (ASL VC), osservando le variabili indagate con una duplice prospettiva, professionista e utente.



## 3

### MATERIALI E METODI

Lo studio qualitativo descrittivo utilizza un approccio etnografico focalizzato, il quale partendo dall'osservazione del contesto ambientale ed organizzativo in cui operano gli IFeC, si coniuga con le esperienze descritte dal gruppo di infermieri e degli utenti fruitori dei servizi.

La ricerca si svolge presso la CdS di Santhià e al domicilio delle persone, per raccogliere informazioni ed elementi utili ai beneficiari del servizio. Lo studio prevede l'arruolamento degli IFeC e degli utenti/caregiver che hanno espresso parere favorevole alla partecipazione e firmato il relativo consenso. Un campionamento di convenienza di circa 10-15 utenti è stato individuato per lo studio. La raccolta dei dati consiste nella consultazione di documenti, osservazioni partecipante e interviste semi-strutturate audio-registrate agli informatori chiave (Tabella 1), note di campo e l'osservazione del contesto. L'approccio etnografico utilizzato prevede un'analisi tematica concomitante alla raccolta di dati (Strauss e Corbin, 1990) secondo un processo ricorsivo e ripetuto sino alla definizione dei principali pattern comportamentali e organizzativi.

Il protocollo è stato approvato dal Comitato Etico Interaziendale con sede ad Alessandria (Prot. n° AsIVC.DIPSA.22.02 del 24/02/2022)

## 4

### CONCLUSIONE

La comprensione del modello culturale di assistenza erogata dall'IFeC consente di identificare i processi decisionali attuati, le idee e le pratiche socialmente condivise che influenzano la creazione di relazioni e impattano sugli esiti di salute delle persone prese in carico.



Tabella 1: esempio di domande utilizzate nell'intervista agli IFeC

N°	Domanda
1	Che tipo di relazione si instaura tra l'infermiere di Famiglia e Comunità e il cittadino/ paziente/famiglia?
2	Quali interventi infermieristici vengono adottati e risultano efficaci o inefficaci nella gestione delle cronicità nella popolazione residente?
3	Quali sono, se esistenti, le facilitazioni e/o barriere nello svolgimento della vostra attività?