



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di laurea

CAMBIAMENTI ED OPPORTUNITA' PER IL RUOLO INFERMIERISTICO
ALLA LUCE DEL NUOVO PIANO SOCIO SANITARIO DELLA REGIONE
VENETO E DELLE SCHEDE DI DOTAZIONE OSPEDALIERA

Relatore: Prof. Michelangelo Salemi

Laureanda: Pascolo Esther

Anno Accademico: 2014-2015

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
1.NUOVO PIANO SOCIO SANITARIO DELLA REGIONE VENETO.....	3
1.1 Analisi del nuovo Piano Socio Sanitario veneto	4
1.1.1 Definizione, contesto socio-demografico ed epidemiologico.....	4
1.1.2 Soluzioni per quanto riguarda l'assistenza territoriale.....	8
1.1.3 Soluzioni per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera	12
2. LE SCHEDE DI DOTAZIONE OSPEDALIERA E TERRITORIALE	15
3.INDICATORI DI PERFORMANCE.....	17
3.1 Tipologie di indicatori ed aree di performance	18
3.2 Indicatori di performance sanitaria e loro impatto sulle unità operative complesse in Regione Veneto	18
3.3 Programma Nazionale Esiti (PNE).....	19
3.3 Progetto bersaglio.....	22
4. IL RUOLO INFERMIERISTICO.....	24
4.1 Le varie modalità di organizzazione dell'assistenza infermieristica.....	24
4.2 Il case/care management	27
4.3 Nuove opportunità per la professione infermieristica	29
CONCLUSIONI.....	33
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUZIONE

Tutti siamo consapevoli dei grandi cambiamenti culturali, sociali, tecnologici ed economici che stanno segnando sia la nostra società che quella futura; così come la stessa tenuta del *welfare* è causa principale di importanti interventi di razionalizzazione con impatto diretto sui sistemi sanitari. Contestualmente, sia a livello Nazionale che Regionale, prende sempre più forma una “riforma” del “sistema” sanità che evidenzia come, oggi più che mai, sia auspicabile e forse indispensabile un momento di riflessione e confronto tra tutti gli attori coinvolti nella *governance* delle direzioni sanitarie ed ospedaliere per il ruolo che quest’ultime svolgono come centri d’erogazione finale di servizi sanitari sempre più misurabili e forse sempre più diversi tra le diverse realtà nazionali.

Per questo servono, sin da subito, nuovi strumenti chiari, certi e condivisi utili a tutti quei professionisti chiamati a lavorare, e perché no, governare tali strutture. Bisogna allora in primis cercare di capire cosa sta cambiando in seguito alle novità prossime che riguarderanno l’organizzazione sanitaria in una logica di sviluppo della sanità territoriale, con la nascita degli ospedali di comunità e delle medicine di gruppo integrate, in un’ottica di rimodulazione dei posti letto ospedalieri esaminando l’impatto, che tale cambiamento, potrà avere sul sistema stesso e sui vari professionisti. Subito dopo ci si è soffermati sulle eventuali nuove esigenze manageriali che i diversi professionisti dovranno possedere, cercando di sviscerare, analizzando e confrontando le diverse esperienze nazionali ed internazionali sul campo, il loro impatto sulle risorse umane e strutturali, alla luce di risultati pratici, in un nuovo ruolo di decisori. Si è cercato di capire come il ruolo dei nuovi indicatori di *performance* sanitarie e delle *best practice* impattino con tutto ciò, in un’ottica di cambiamento culturale della professione infermieristica che certamente deve passare da una diversa e più moderna formazione di tali figure professionali con l’obiettivo dichiarato di promuovere metodi di formazione, per gli aspetti teorici, ed esperienza pratica che tengano conto dei citati cambiamenti.

La motivazione che ha portato alla scelta di questo argomento di tesi nasce dalla curiosità di comprendere un cambiamento che seppur sia atto non è ancora del tutto evidente all’interno dei contesti frequentati in tirocinio. Si ritiene sia importante per il professionista conoscere il contesto entro il quale di fatto si troverà a lavorare: una migliore conoscenza porta ad una maggior integrazione.

1. NUOVO PIANO SOCIO SANITARIO DELLA REGIONE VENETO

È con la Legge Regionale n. 23 del 29 giugno 2012 "*Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016 (PSSR)*" che la Regione Veneto dopo un lungo percorso a tratti difficile e travagliato adottò il nuovo Piano Sanitario Regionale. In seguito all'applicazione delle direttive contenute nel citato piano appare chiaro come la figura infermieristica debba fornirsi di nuove competenze manageriali, oltre che clinico-assistenziali, per poter assicurare la miglior, oltre che maggior, integrazione tra la rete dei servizi ospedalieri e territoriali al fine di garantire una risposta assistenziale continua ed efficace. Scopo del presente lavoro è quello di analizzare quindi quali siano le novità introdotte dal citato PSSR e come esse vadano ad impattare sulle competenze richieste all'infermiere all'interno dei nuovi servizi/prestazioni offerte dalle diverse ULSS. Per quanto detto si è deciso di effettuare una dettagliata analisi del PSSR, in modo da evidenziare e comprendere meglio il contesto entro il quale esso è stato elaborato che poi rappresenta, di fatto, lo stesso contesto professionale nel quale sarà chiamato ad operare il professionista sanitario del futuro prossimo. Fatto ciò si analizzano le novità organizzative sia strutturali che funzionali proposte e che le diverse Aziende Regionali sono chiamate ad attuare nel breve periodo modificando così, di fatto, sia il contesto lavorativo che la funzione della figura professionale dell'infermiere. Sarà quindi interesse del presente lavoro sviscerare il ruolo della figura professionale infermieristica in modo da individuare quali siano le nuove competenze richieste, le nuove responsabilità e le diverse sfide che il citato professionista sarà chiamato ad affrontare per poter restare al passo, capace quindi di rispondere ai nuovi bisogni di salute di una popolazione mutata rispetto al passato e di un sistema sanitario sempre più attento ai costi. La sostenibilità del Sistema Socio – Sanitario Regionale è ad oggi un problema di rilevanza in quanto in un contesto dove il federalismo fiscale del nostro Paese è spesso enfatizzato ma non ben strutturato, con un prodotto interno lordo (PIL) che non cresce, sono in atto importanti cambiamenti demografici ed epidemiologici. Nella Regione Veneto, così come nel resto del Paese, la crisi economica ha interessato molte famiglie, la popolazione è sempre più anziana ed affetta da patologie croniche in aumento che, come vedremo in seguito, hanno per questo mutato la domanda assistenziale

di concerto con una rapida diffusione di tecnologie sanitarie più efficaci ma più costose ha fatto sì che si creasse un mix di esigenze sempre più insostenibile ed ingovernabile con i vecchi modelli assistenziali. Diventa quindi importante razionalizzare: perfezionare l'equità allocativa, la produttività delle strutture sanitarie, l'accessibilità ai servizi, la qualità delle prestazioni, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, il senso di partecipazione civica degli utenti ai servizi. Il nuovo PSSR per questo, rispetto al precedente, introduce e punta su elementi nuovi come la centralità della persona, valorizza il rapporto con gli enti locali e la comunità, definisce gli obiettivi di salute e la modalità di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), assegna al territorio nuova importanza, riorganizza la rete dell'assistenza ospedaliera (nuove schede ospedaliere) e territoriale, dà valore di riferimento alle migliori pratiche valutando la possibilità e le modalità di trasferimento e condivisione delle stesse al fine di un miglioramento globale del sistema. Per questo particolare importanza assumono concetti come indicatori di performance e *benchmarking* tra le diverse aziende, ed ora anche tra professionisti. (1)

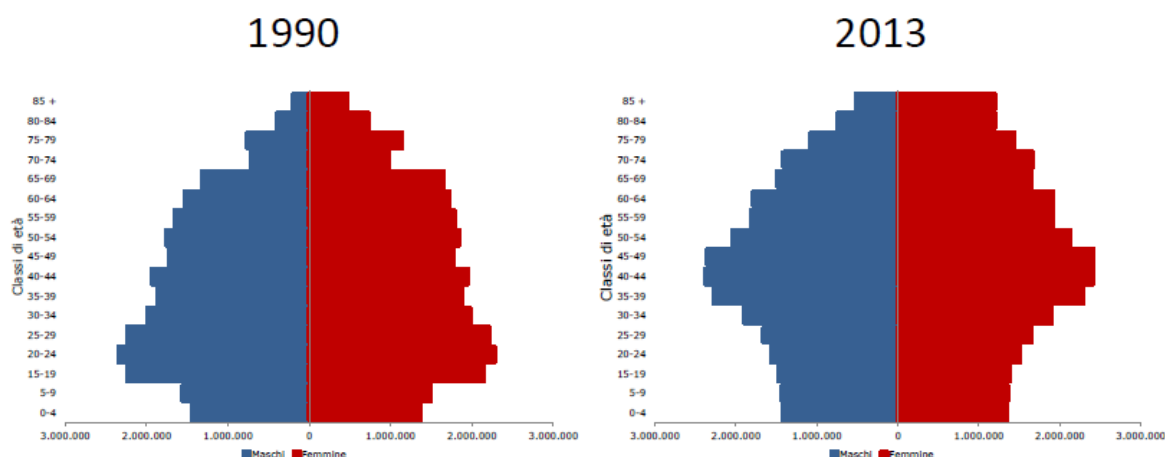
1.1 Analisi del nuovo Piano Socio Sanitario veneto

1.1.1 Definizione, contesto socio-demografico ed epidemiologico

Come noto, il PSSR rappresenta il piano strategico degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi sanitari utili a soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del piano sanitario nazionale (PSN) vigente. Le regioni, entro 150 giorni della data di entrata in vigore del PSN, devono adottare o adeguare i PSSR, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali (conferenza permanente per la programmazione sanitaria). Gli schemi o progetti dei PSSR, prima dell'approvazione vengono trasmessi al Ministero della Salute per l'acquisizione del parere, per la coerenza con il PSN. Il Ministero della Salute, sentita l'Agenda nazionale per i servizi sanitari regionali (AGE.NA.S) esprime parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto. In particolare il nuovo PSSR parte da un'analisi socio demografica ed epidemiologica dalla quale si sono voluti evidenziare tre punti ritenuti principali: l'invecchiamento della popolazione (grafico 1 e grafico 2), la rilevanza delle patologie croniche e della comorbilità (grafico 3), la precarietà dei rapporti e la

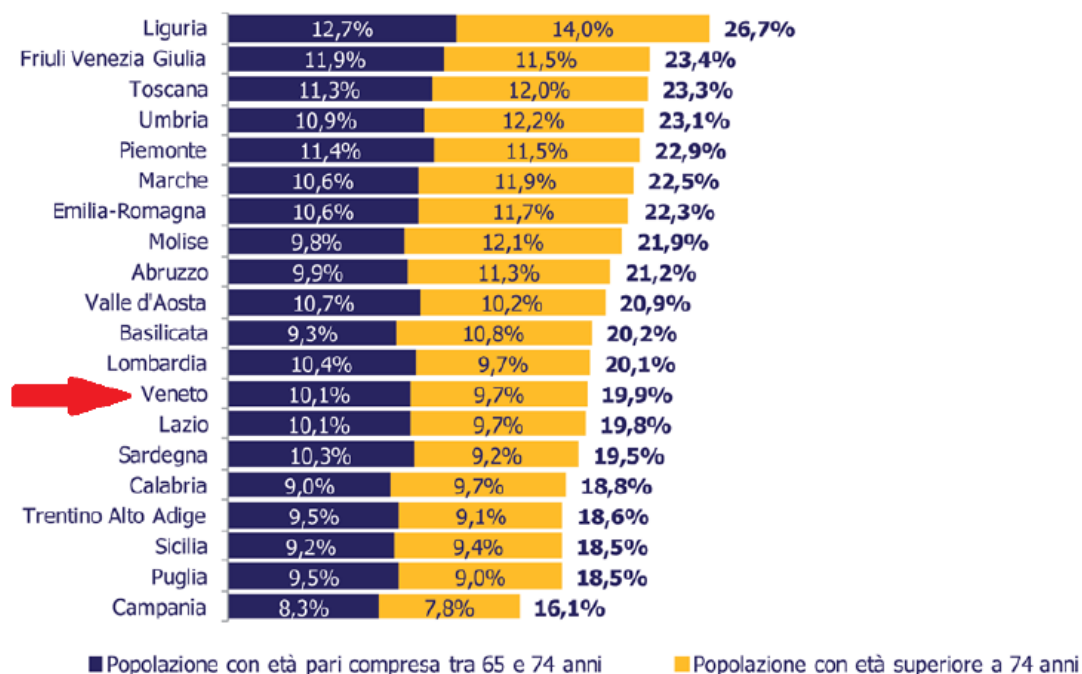
fragilità individuale che di fatto si tramuta in una sempre più difficile presa in carico dei pazienti fragili. (2)

Grafico 1: popolazione per classi d'età e sesso in Italia nel 1990 e nel 2013



Fonte: ISTAT

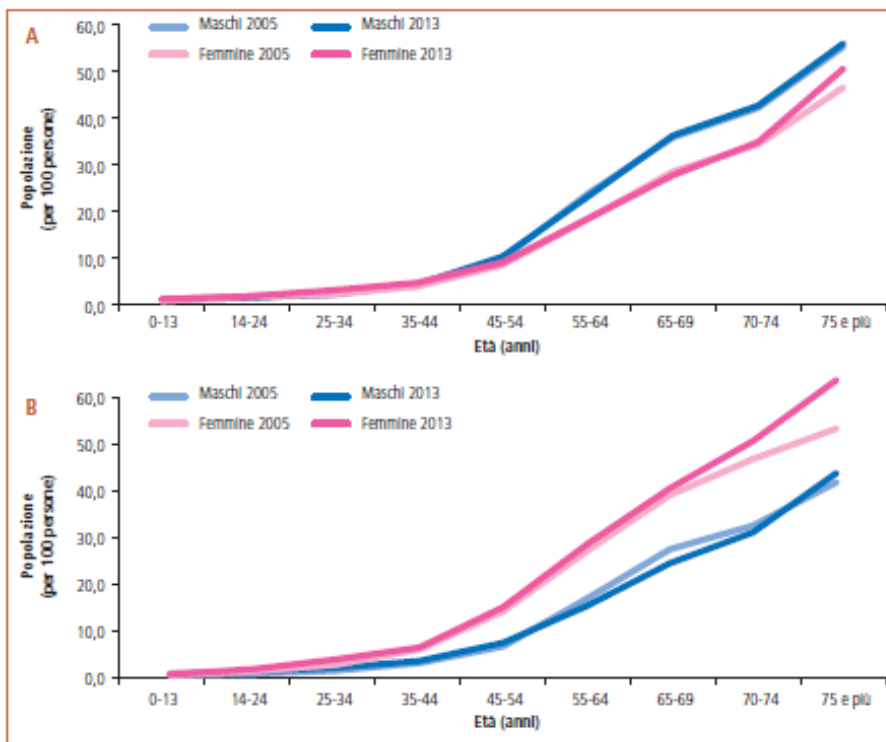
Grafico 2: popolazione over 65 in Italia per regione nel 2012



Fonte: rielaborazione The European House-Ambrosetti su dati ISTAT, 2012

In linea con la situazione nazionale, caratteristica principale della popolazione veneta è l'invecchiamento. Questo è dovuto all'effetto congiunto di due fattori: il calo delle nascite e l'allungamento della vita media. Con l'aumento della componente di anziani si evidenzia un corrispettivo aumento delle patologie croniche, tipiche dell'età più adulta maggiormente esposta a tali problematiche. Con patologie croniche gravi si intendono diabete, infarto del miocardio, angina pectoris ed altre patologie cardiache, emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, cirrosi epatica, tumore maligno, parkinsonismo, Alzheimer, demenze. Tra gli over 75 quasi una persona su due riferisce di avere patologie gravi o comorbilità. Andando ad analizzare quali sono le patologie prevalenti a seconda di genere emerge che per le donne anziane (over 65 anni) le patologie più riferite sono artrosi/artrite per il 59,4%, ipertensione 50,9%, osteoporosi 39,5%, diabete 16,8% e ansia/depressione 16,7%. Gli uomini coetanei riferiscono invece ipertensione 45,8%, artrosi/artrite 38,9%, diabete 18,3%, bronchite cronica/enfisema 14,3%, infarto 10,0% e altre patologie cardiache 13,6%. (3)

Grafico 3: popolazione per presenza di malattie croniche gravi (A) o in condizione di multi cronicità (B) per sesso e classi di età (per 100 persone). Anni 2005 e 2012



Fonte: relazione sullo stato sanitario del paese 2012-2013

Secondo la relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013 le malattie croniche rappresentano una delle principali sfide per la sanità pubblica in tutti gli Stati. Tra i fattori che determinano tali patologie, alcuni sono comportamentali e quindi modificabili attraverso la promozione di stili di vita salutari, altri sono di tipo genetico e altri ancora afferiscono ad aspetti socioeconomici e ambientali, anch'essi rimuovibili attraverso politiche non strettamente sanitarie. Allo stesso tempo le malattie croniche sono responsabili di molte delle persistenti disuguaglianze nella salute, evidenziando un forte gradiente socioeconomico e rilevanti differenze di genere nella loro diffusione; importante anche l'impatto che tali malattie producono sulla qualità della vita e sulla percezione del benessere a livello individuale. In base ai risultati dell'ultima indagine sulle "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari", nel 2013 il 14,7% della popolazione ha dichiarato di essere affetto da almeno una malattia cronica grave. Tale percentuale è in aumento solo per effetto dell'invecchiamento della popolazione. (4) Come evidenzia il piano per la salute mentale 2013-2020 i determinanti della salute mentale e dei disturbi mentali includono non solo attributi individuali quali la capacità di gestire i propri pensieri, le proprie emozioni, i propri comportamenti e le relazioni con gli altri, ma anche fattori sociali, culturali, economici, politici ed ambientali, tra cui le politiche adottate a livello nazionale, la protezione sociale, lo standard di vita, le condizioni lavorative ed il supporto sociale offerto dalla comunità. L'esposizione alle avversità sin dalla tenera età rappresenta un fattore di rischio per disturbi mentali ormai riconosciuto e che si può prevenire. A seconda del contesto locale alcuni individui e gruppi sociali sono molto più a rischio di altri di soffrire di disturbi mentali. Questi gruppi vulnerabili sono per esempio (ma non necessariamente) i membri delle famiglie che vivono in situazioni di povertà, le persone affette da malattie croniche, i neonati e i bambini abbandonati e maltrattati, gli adolescenti che fanno uso per la prima volta di sostanze psicoattive, le minoranze, le popolazioni indigene, le persone anziane, le vittime di discriminazioni e violazioni dei diritti umani, lesbiche, gay, bisessuali e transgender, i prigionieri e le persone che vivono situazioni di conflitto, catastrofi naturali o altre emergenze umanitarie. L'attuale crisi finanziaria mondiale è la dimostrazione di come un fattore macroeconomico comporti ingenti tagli a dispetto di un concomitante e più forte bisogno di servizi sociali e di servizi di salute mentale a causa dell'aumento dei disturbi mentali e dei suicidi e dell'emergere di nuovi gruppi vulnerabili (ad esempio i giovani disoccupati). In molte società i disturbi mentali

legati all'emarginazione, all'impoverimento, alle violenze e maltrattamenti domestici, all'eccessivo carico di lavoro e allo stress inducono crescente preoccupazione, soprattutto per la salute delle donne (5).

1.1.2 Soluzioni per quanto riguarda l'assistenza territoriale

Per poter rispondere ai nuovi bisogni di salute della popolazione la normativa di riferimento si propone come principi guida i seguenti:

- Centralità della persona: il paziente deve potersi sentire sicuro e certo di ricevere un'assistenza di qualità. Il cittadino a contatto con il SSN non deve sentirsi un numero, ma deve poter ricevere un'assistenza personalizzata, non la mera esecuzione tecnica di atti. Alle esigenze di ognuno bisogna cucire addosso, ove possibile, delle risposte assistenziali il più possibile individualizzate, e per far questo il nuovo piano punta su:

- Equità: garanzia di uniformità ad appropriatezza assistenziale per tutti indipendentemente da fattori territoriali. Gli utenti dovranno essere messi in condizioni eque di accesso e fruizione dei servizi.

- Umanizzazione: nel senso di favorire l'accoglienza, l'accessibilità, la comunicazione tra professionisti ed assistiti, la semplificazione delle procedure.

- Responsabilizzazione: rendere conto di quanto e come viene organizzato, offerto ed erogato.

- Sostenibilità: economica in quanto utilizzo efficiente delle risorse; sociale che si realizza attraverso il coinvolgimento attivo dei cittadini; professionale che si realizza tramite condivisione degli obiettivi, comunicazione e formazione degli operatori del SSSR al fine di acquisire quelle competenze richieste dall'innovazione.

Il PSSR vuole essere un "patto" con una Comunità competente e partecipe.

In base a questo la rete dell'assistenza è stata modificata in modo da garantire coerenza con i bisogni espressi nel contesto veneto, garanzia di erogazione uniforme dei LEA sul territorio regionale, conferma del modello veneto di integrazione socio-sanitaria, valorizzazione delle migliori pratiche sviluppate localmente, correlazione tra responsabilità, risorse disponibili ed azioni di miglioramento dell'appropriatezza.

In pratica la rivoluzione proposta dalla normativa parte dalla ridefinizione di quello che è il sistema di cure più vicino e accessibile al cittadino: le cure primarie. Il sistema che

garantisce le cure primarie si compone dell'insieme dei servizi sanitari erogati dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di libera scelta (PLS), costituendo di fatto la prima porta d'ingresso dei cittadini al Servizio Sanitario Nazionale. Sinonimi sono assistenza di base, assistenza primaria, medicina territoriale. L'assistenza domiciliare insieme a quella specialistica ambulatoriale, alle cure intermedie e alle cure palliative costituisce il servizio territoriale, distinguendosi dai servizi ospedalieri. Pur rimanendo distinti i due sistemi, ospedaliero e territoriale devono cooperare in modo da garantire la continuità assistenziale. Secondo l'OMS la salute non è mera assenza di malattia ma stato di benessere psicofisico complessivo; in questa prospettiva le cure primarie possono essere luogo e occasione per lo sviluppo di tale obiettivo. (6) In particolare per quanto riguarda le cure primarie è previsto l'avvio delle **medicines di gruppo integrate** attive 24 h su 24, 7 giorni su 7. Esse si configurano come nodi organizzativi della filiera dell'assistenza territoriale afferenti al distretto, in cui lavora un team multi professionale (medici di famiglia, infermieri, assistenti sociali, personale amministrativo..) in grado di essere responsabile verso la salute di tutti i componenti della Comunità e la presa in carico dei bisogni socio-sanitari. Realizzano programmi di prevenzione, ed erogano prestazioni a paziente in fase acuta e/o cronica. In particolare nella gestione di cronicità e promozione di salute è previsto che l'infermiere ampli il proprio ruolo, ma se ne parlerà più avanti nel presente lavoro. Anche sul piano delle cure domiciliari si tende ad andare verso un servizio che sia efficiente 24 h su 24, in cui l'assistito trovi un punto di riferimento stabile, anche grazie alla novità delle **centrali operative territoriali (COT)**. Questo servizio coordina la transizione (dimissione/ammissione) di pazienti protetti verso trattamento temporaneo o residenziale o domiciliare protetto e sorveglia sulla presa in carico dei pazienti in assistenza residenziale definitiva o semiresidenziale. È attivabile dal personale distrettuale e ospedaliero (medici/pediatri di famiglia e medici di continuità assistenziale, personale delle strutture di ricovero intermedie, delle strutture residenziali e semiresidenziali), dai servizi sociali del comune e dai familiari di pazienti protetti e critici. In particolare la COT è supportata da un call center attivo sempre in grado di ricevere chiamate e, sulla base di precisi criteri di triage telefonico, coordina le azioni per fornire soluzione/risposta alle richieste. È in grado di intercettare i bisogni di cure e/o di assistenza, garantendo la continuità dell'assistenza, interfacciandosi con l'ospedale, le strutture di ricovero intermedie (*hospice*, ospedale di comunità, unità riabilitativa territoriale ...) e le strutture

residenziali, con i medici/pediatri di famiglia, con i medici di continuità assistenziale, con le cure domiciliari, con la centrale SUEM 118. L'attività della COT è in stretta connessione con quella delle cure domiciliari e delle cure palliative, che ne risultano potenziate. Per i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso assistenziale domiciliare e risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione è stata sviluppata l'assistenza intermedia, con l'individuazione di due specifiche unità di offerta:

- **l'ospedale di comunità:** struttura di ricovero intermedia inserita nella rete dei servizi dell'assistenza territoriale, con una dotazione minima di 15 posti letto. È rivolta a malati che necessitano di terapie, controlli, prestazioni non eseguibili a domicilio. Si caratterizza per un ricovero di breve durata, indicativamente 30 giorni, senza alcuna compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito. La gestione clinica di ogni paziente è affidata al medico di famiglia, la responsabilità organizzativa gestionale ad un medico coordinatore individuato dal Direttore della funzione territoriale. L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. L'Unità Valutativa Multi Dimensionale (UVMD) definisce entro 7 giorni il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI). L'assistenza sarà garantita nelle 24 h dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di continuità assistenziale e dai medici di famiglia.

- **l'unità riabilitativa territoriale (URT):** si configura come servizio in cui sia fornita assistenza socio-sanitaria di base ed assistenza sanitaria specialistica se eventualmente necessaria, conservazione dello stato di equilibrio raggiunto, riabilitazione globale dell'autonomia psico-fisica al fine di ottenere un recupero mirato al rientro a domicilio. Si caratterizza per un ricovero di media durata, intorno ai 60 giorni, con relativa compartecipazione della spesa. Anche l'URT è afferente al distretto, il suo scopo principale è quello di evitare permanenze inappropriate negli ospedali o ricorso a istituzionalizzazione ma favorisce il rientro a domicilio. (2)

Quanto descritto è riassumibile nel grafico sottostante (grafico 4).

Grafico 4: nuova organizzazione della filiera assistenziale

FILIERA dell'Assistenza Territoriale	Cure primarie	Strutturata in team multiprofessionali (<i>Medicine di Gruppo Integrate</i>) quali parti del Distretto che rappresentano punti di riferimento h24, 7gg./7
	Cure domiciliari	Implementazione e diffusione di un <i>modello h24, 7gg./7</i> , favorendo il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita
	Cure palliative	Estensione del modello centrato sul " <i>nucleo multiprofessionale dedicato</i> ", prevedendo una <i>Struttura in ogni ULSS</i> , organizzata per una risposta h24
	Strutture intermedie	<i>Risposta polifunzionale a carattere temporaneo, principalmente per la stabilizzazione, la riabilitazione estensiva, la palliazione.</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ospedale di Comunità</i> per ricoveri di breve durata (indic. 30 gg.), senza compartecipazione e gestione clinica affidata alla medicina di famiglia • <i>Unità Riabilitative Territoriali</i> per ricoveri di media durata (indic. 60 gg.), con compartecipazione alla spesa (relativamente alla quota alberghiera)
	Specialistica	Prevalentemente a supporto della medicina di famiglia, inserita nei team multiprofessionali ed organizzata in <i>Centri Polispecialistici territoriali</i> , opera sulla base di PDTA
	Assistenza residenziale	Valorizzazione dei Centri di Servizio con <i>rimodulazione delle unità di offerta</i> , sviluppando una flessibilità organizzativa per adeguare il sistema alle nuove esigenze assistenziali e alla sostenibilità

Fonte: Piano Socio Sanitario Regione Veneto 2012-2016

In generale i capisaldi dell'assistenza territoriale, gli elementi strategici per renderla più efficace ed efficiente sono:

- La valorizzazione dell'assistenza domiciliare, della specialistica e delle cure palliative quali servizi gestiti dal Distretto e collocati in maniera trasversale alla filiera dell'assistenza, ossia quali elementi fondamentali a supporto dell'attività delle medicine di gruppo integrate, delle strutture di ricovero intermedie, delle strutture residenziali e semiresidenziali, nell'ottica di rendere completo il percorso assistenziale nei suoi diversi passaggi.
- La formalizzazione dell'integrazione tra ospedale e territorio finalizzata ad una presa in carico continuativa, attraverso l'istituzione in ciascuna ULSS di un coordinamento per la

pianificazione e l'organizzazione delle attività relative alla gestione del paziente dall'ospedale al territorio e dal territorio all'ospedale, definendo i protocolli operativi. L'UVMD rimane lo strumento di definizione del PAI che concretizza anche gli indirizzi elaborati dall'organismo di coordinamento.

- L'adeguamento e la qualificazione delle professionalità, anche attraverso la formazione continua, al fine di ampliare la cultura del lavoro in team multi professionali e di adottare modelli di lavoro a rete. Nello specifico si prevede lo sviluppo delle professioni sanitarie con la valorizzazione della figura dell'infermiere, anche attraverso l'attribuzione di ruoli gestionali. Per una efficace e razionale organizzazione, gestione ed integrazione degli infermieri nel team multi professionale, il direttore della funzione territoriale si avvarrà del supporto di un responsabile infermieristico che:

- Partecipi alla programmazione delle attività assistenziali

-Supporti l'implementazione di modelli assistenziali innovativi coerenti con la metodologia del *nursing case management*.

- Preveda l'implementazione dei nuovi modelli organizzativo-assistenziali.

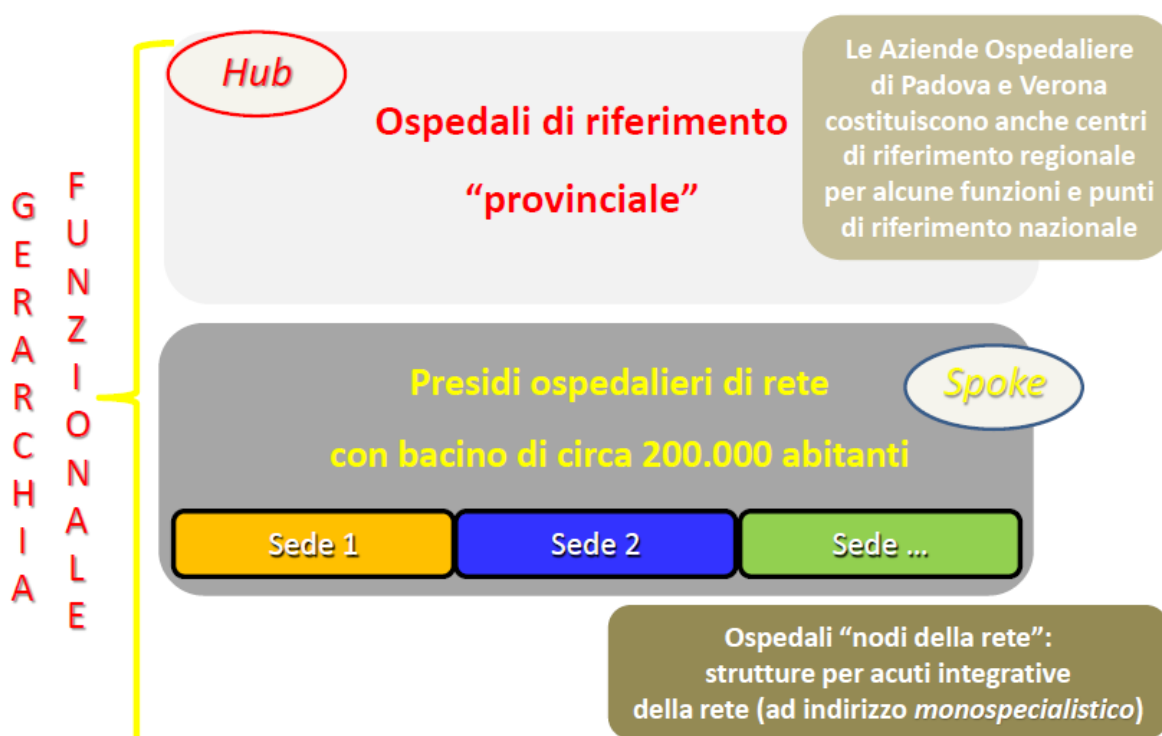
In particolare viene considerata strategica la funzione di *case manager* per realizzare la continuità ed il coordinamento dell'assistenza. Come descritto dal PSSR uno dei criteri cardine su cui si basa l'organizzazione distrettuale è: la valorizzazione del ruolo dell'infermiere nel prendersi cura autonomamente del processo di nursing nell'ambito del percorso assistenziale, svolgendo la funzione di *case manager* della persona in stato di cronicità, attivando le risorse assistenziali e comunque coordinandosi con il medico/pediatra di famiglia. (1)

1.1.3 Soluzioni per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera

Concentrandosi sull'assistenza ospedaliera le principali novità pratiche riguardano: utilizzo di reti cliniche integrate, funzionali e non gerarchiche, fondate sulla collaborazione tra professionisti; il ruolo delle strutture viene definito su criterio di accessibilità e copertura geografica, di livelli di sicurezza per i pazienti, di specializzazioni basate su volumi di attività adeguati a mantenere le competenze professionali; la rete dell'emergenza/urgenza quale elemento che regge il sistema garante dell'interconnessione tra strutture e della loro attivazione a seconda della gravità del bisogno. L'ospedale sarà identificato come luogo deputato alla cura delle acuzie e dell'immediata post acuzie, mentre la gestione della cronicità viene demandata all'assistenza territoriale; ciò richiede, da un lato, di rilanciare la

funzione ospedaliera, dall'altro, di consolidare un modello organizzativo efficace sul territorio. L'ospedale sarà basato su livelli di intensità delle cure, nel senso che sarà suddiviso in aree/settori dedicati a pazienti omogenei sotto il profilo del fabbisogno assistenziale (es. per gruppo di patologia, gradazione clinica del caso, grado di autosufficienza). In particolare la rete dell'assistenza ospedaliera sarà organizzata secondo **modello *hub & spoke*** (grafico 5).

Grafico 5: il modello organizzativo della rete ospedaliera



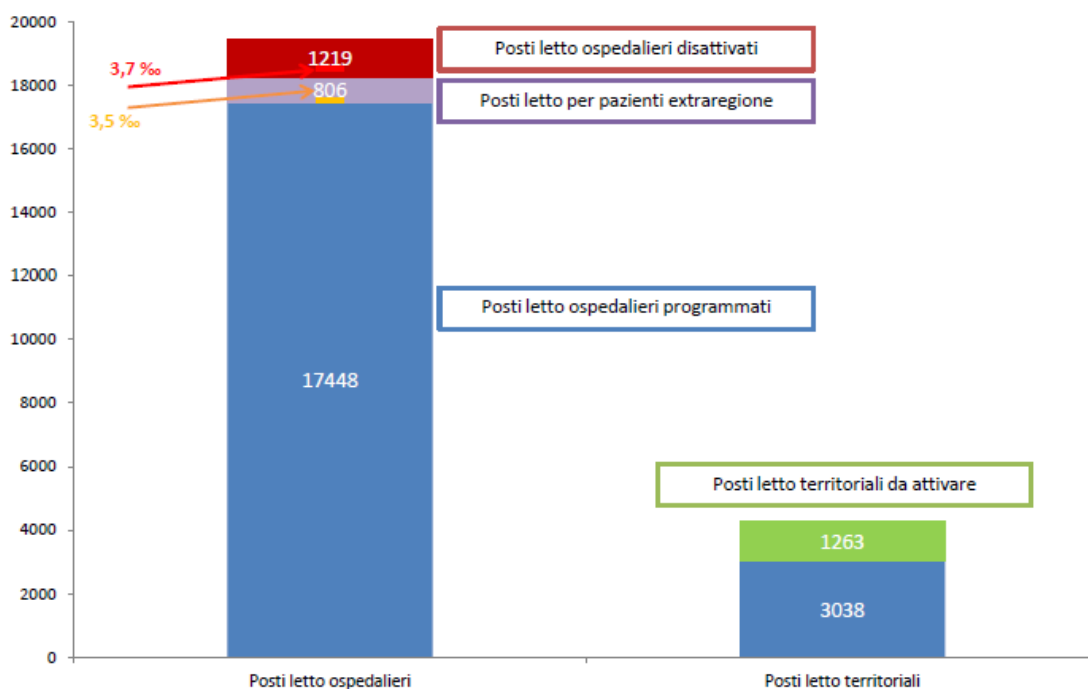
Fonte: Nuovo Piano socio Sanitario Regione Veneto 2012-2016

I centri *hub* sono ospedali di riferimento provinciale, in cui sono presenti specialità di base e medio livello per il territorio di riferimento mentre presenta alte specialità per un territorio più ampio. I centri *spoke* sono sede di pronto soccorso, specialità di base e di media complessità, servizi di diagnosi e cura assicurati in rete. In generale obiettivi di questa nuova conformazione ospedaliera sono l'adeguamento agli standard di posti letto (3% per acuti, 0,5% per post acuti), contenimento dei tassi di ospedalizzazione a valori inferiori al 140%, riequilibrio della dotazione ed allocazione delle risorse ostetrico-neonatale (punto nascita se i nati sono maggiori o uguali a 1000 all' anno). (2)

2. LE SCHEDE DI DOTAZIONE OSPEDALIERA E TERRITORIALE

Le **nuove schede di dotazione ospedaliera** adeguate con la deliberazione 68/CR e le schede di dotazione territoriale definite dalla stessa deliberazione, rispecchiano il cambiamento descritto dal PSSR e ne sono effettivamente l'attuazione. Le schede di dotazione ospedaliera definiscono la dotazione strutturale ospedaliera delle Aziende Ulss del Veneto, dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dell'Azienda Ospedaliera Integrata di Verona, dell'IRCSS "istituto oncologico Veneto" e degli erogatori privati accreditati; indicano l'ammontare dei posti letto per le diverse specialità (medica, chirurgica, materno-infantile, terapia intensiva e riabilitazione) e le unità operative autonome, specificando la tipologia di struttura o di unità complessa (UOC) e semplice a valenza dipartimentale (USD) ed il *setting* assistenziale di degenza ordinaria, diurna ed ambulatoriale, così come la programmazione dei posti letto delle strutture di ricovero intermedie e la rilevazione dell'offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani. Grosso cambiamento introdotto dalle schede di dotazione ospedaliera è la redistribuzione dei posti letto: 1219 posti letto ospedalieri da disattivare, 1263 territoriali da attivare. (7) (grafico 8).

Grafico 8: la redistribuzione dei posti letto



Fonte: Piano socio Sanitario Regione Veneto 2012-2016

3.INDICATORI DI PERFORMANCE

Ovviamente i concetti sopra accennati hanno visto negli anni una evoluzione sempre più imponente e di grande rilevanza a causa di diverse criticità che via via sono intervenute nel mondo dei diversi sistemi sanitari. In primo luogo, la consapevolezza che nel contesto sanitario lo strumento del *benchmarking* è diventato essenziale se non d'obbligo, a maggior ragione in un ambito sanitario dove si tende sempre più ad attivare strategie collaborative e non competitive, tale strumento di confronto diventa fondamentale al fine di attivare all'interno delle strutture in generale e delle UU.OO. in particolare, processi di apprendimento e/o miglioramento delle *best practice*.

Infatti, ad esempio, per molte pratiche di diverse specialità non esistono standard di riferimento su cui basare la valutazione e le organizzazioni possono solo verificare se il risultato ottenuto risulta migliore o peggiore all'anno precedente e/o ad una diversa struttura e/o U.O. di riferimento. In particolare il consumo crescente di risorse dovuto sia all'aumento esponenziale dei bisogni sanitari percepiti dai cittadini, sia all'evoluzione delle tecnologie e della ricerca ed il loro impatto nell'organizzazione delle prestazioni sanitarie hanno imposto l'introduzione di nuovi strumenti e sistemi di governo sempre più complessi e per questo associato ad essi sistemi di valutazione delle performance sanitarie che tenessero conto di tali nuove esigenze. In particolare lo sforzo di misurazione diventa sempre più determinante in questo particolare momento storico in seguito alla drastica riduzione delle risorse (*economiche, materiali, strutturali, ecc.*) disponibili. Per questo la misurazione dei risultati assume oggi, un significato molto più ampio e si va a collocare su contesti e valutazioni molto diverse rispetto al passato e per certi aspetti innovativi, il nuovo concetto di indicatori di performance appunto.

Per questo prima ancora di spenderci sulle diverse tipologie di indicatori di performance sanitaria particolarmente importante ai giorni d'oggi (*Programma Nazionale Esiti dell'Age.Na.S, Progetto Bersaglio del Sant'Anna di Pisa, ecc.*) e sulle ricadute che essi stanno avendo oggi è opportuno sintetizzare le tipologie delle aree alle quali essi fanno riferimento così come è importante capire, seppur in maniera semplicistica quali le caratteristiche che un indicatore di performance deve avere.

3.1 Tipologie di indicatori ed aree di performance

Come noto, conosciamo indicatori di prestazioni sanitarie utili a misurare:

- Efficienza gestionale;
- Efficacia/esito;
- Sicurezza garantita;
- Capacità di risposta alle aspettative dei cittadini/Accessibilità ai servizi;
- Equità finanziaria/LEA;
- Appropriatezza;
- Efficienza/processo;
- Adeguatezza/struttura;

In sintesi possiamo affermare che un buon indicatore di performance deve essere misurabile, importante, semplice, utilizzabile, risolvibile, accettabile, discriminante, ottenibile, completo, ripetibile, e perché no, condiviso. (8)

3.2 Indicatori di performance sanitaria e loro impatto sulle unità operative complesse in Regione Veneto

Alla luce di quanto sopra, non possono mancare oggi alla base della formazione infermieristica i concetti relativi agli indicatori di performance, e per questo di seguito si affrontano i punti salienti e quelli di maggior attualità.

Oggi sempre più è preferibile operare in termini di valutazione e non di semplice misurazione di fronte a fenomeni caratterizzati da grande complessità, ed esposti ad incertezza come quelli sanitari. È proprio questa nuova visione di valutazione e non di semplice misurazione sta alla base della *governance* sanitaria delle Regioni d'Italia che riescono ancor oggi ad esprimere i modelli Sanitari più virtuosi. La valutazione richiede lo sviluppo di professionalità specifiche e l'utilizzo di tecniche e metodologie molteplici e, quindi, la multidisciplinarietà aspetto che sempre più interessa anche il ruolo infermieristico. La valutazione esamina la validità ed il merito in chiave retrospettiva, ma la sua valenza fondamentale è quella di risorsa per le decisioni future all'interno dell'organizzazione. Uno degli aspetti più innovativi ed importanti, che si tramuta poi in un vero cambiamento è che tali nuovi strumenti permettono di uscire dall'autoreferenzialità.

Con la loro applicazione, anche in Italia, oltre a tradurre il concetto di rendere conto - *Contability* - stiamo iniziando ad introdurre il concetto di nuova leadership basata sulle nuove responsabilità dettate dalla *contability – Stewardship*.

A tal proposito basti pensare alla grande importanza che assume in tal senso la DGR n. 2122 del 19/11/2013 della Regione Veneto che prevede come le Unità Operative Complesse, che per due anni risultino fuori dei parametri ministeriali del Programma Nazionale Esiti, saranno oggetto di una puntuale verifica da parte della Regione.

3.3 Programma Nazionale Esiti (PNE)

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, definibile come *Stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell’occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari*, come descritto al punto 2 dell’allegato alla deliberazione assunta dalla Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano n. 20 del 24 gennaio, con i seguenti obiettivi:

- Valutazione osservazionale dell’efficacia “teorica” (*efficacy*) di interventi sanitari per i quali non sono possibili/disponibili valutazioni sperimentali (RCT);
- Valutare nuovi trattamenti/tecnologie per i quali non sono possibili studi sperimentali;
- Valutazione osservazionale dell’efficacia “operativa” (*effectiveness*) di interventi sanitari per i quali sono disponibili valutazioni sperimentali di efficacia;
- Valutare la differenza tra l’efficacia dei trattamenti quando stimata in condizioni sperimentali rispetto a quella osservata nel “mondo reale” dei servizi ed il relativo impatto;
- Valutazione comparativa tra soggetti erogatori e/o tra professionisti con applicazioni possibili in termini di accreditamento, remunerazione, informazione dei cittadini/utenti, con pubblicazione dei risultati di esito di tutte le strutture per “*empowerment*” dei cittadini e delle loro associazioni nella scelta e nella valutazione dei servizi;

- Valutazione comparativa tra gruppi di popolazione (per livello socioeconomico, residenza, etc.) soprattutto per programmi di valutazione e promozione dell'equità;
- Individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano esiti ad esempio: stimare quali volumi minimi di attività sono associati ad esiti migliori delle cure e usare i volumi minimi come criterio di accreditamento;
- *Auditing* interno ed esterno.

Ciascuna di queste applicazioni ha diverse metodologie e diverse modalità possibili di comunicazione, con effetti potenziali positivi e negativi, costi e benefici, taluni già valutati in letteratura. È necessaria un'attenta valutazione *a priori* per ogni applicazione, non solo dal punto di vista sanitario e/o organizzativo, ma anche economico e sociale. In particolare, l'eventuale informazione diretta ai cittadini sui risultati di singoli servizi e/o soggetti erogatori richiede oggi programmi nazionali e regionali articolati di comunicazione per ottimizzare gli effetti positivi e limitare quelli negativi.

In molti sistemi sanitari vengono condotti programmi correnti di valutazione comparativa di esiti tra soggetti erogatori e di comunicazione dei risultati di questi programmi. In Italia, le prime esperienze in tal senso erano state condotte nell'ambito del progetto "Mattoni – Misura dell'*outcome*" e del "Programma regionale di valutazione degli esiti degli interventi sanitari del Lazio, denominato P.Re.Val.E.", i cui risultati costituiscono la base progettuale metodologica del Programma Nazionale Esiti (PNE), iniziato nel 2010 con una iniziativa affidata dal CCM del Ministero della Salute ad Age.Na.s. Sono state finora prodotte quattro edizioni su web dei risultati PNE.

Il Patto per la Salute 2014-2016, all'art 12, comma 7, demanda ad Age.Na.S la realizzazione di uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli Sistemi Sanitari Regionali, che consenta di rilevare in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance delle Aziende sanitarie e dei Sistemi Sanitari Regionali, in termini di qualità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati.

Gli indicatori utilizzati da PNE devono essere documentati da protocolli scientifici basati sulla letteratura disponibile, con chiara definizione dell'esito misurabile di salute in studio (i.e. mortalità a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni ecc.), quando non sono disponibili o misurabili in modo valido esiti diretti di salute, PNE utilizza esiti

intermedi o esiti surrogati, che possono essere costituiti, ad esempio, da processi, procedure, tempi.

Per quanto riguarda gli indicatori di esito delle cure, le valutazioni di PNE riguardano:

- Le funzioni di produzione, attribuendo i pazienti/trattamenti all'ospedale o servizio di cura, definito con criteri specifici per ciascun indicatore,
- Le funzioni di tutela e committenza attribuendo i pazienti/trattamenti all'area di residenza.

PNE, per ciascuno delle attività, processi di cura e interventi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi valutati, deve documentare, sulla base della revisione sistematica della letteratura scientifica, le prove disponibili di efficacia dei trattamenti che vengono valutati. PNE, per gli interventi sanitari per i quali sono disponibili prove scientifiche di efficacia, valuta in modo particolare, attraverso revisioni sistematiche della letteratura e attraverso analisi empiriche sui dati italiani, l'associazione tra volumi di attività ed esiti delle cure vengono stimati, con specifici protocolli, indicatori di volumi di attività.

Le stime prodotte da PNE possono, come tutte le misure scientifiche, essere affette da errori sistematici e campionari. PNE deve utilizzare metodologie di disegno di studio e di analisi statistica, basate sulle migliori e più aggiornate conoscenze metodologiche disponibili, che rendono esplicite le possibilità di errore e, dove possibile, mirano a controllarne gli effetti. I risultati di PNE possono essere utilizzati in modo appropriato esclusivamente in contesti di valutazione critica, soprattutto nell'ambito di processi e programmi integrati di valutazione a livello regionale e locale. Le misure di PNE sono, quindi, strumenti di valutazione a supporto di programmi di *auditing* clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN. PNE non produce classifiche, graduatorie, pagelle, giudizi. PNE pubblica e diffonde i risultati delle valutazioni mediante strumenti e formati di comunicazione adatti a specifiche popolazioni bersaglio, differenziando le modalità di presentazione e di comunicazione dei risultati in relazione alle caratteristiche di ciascuna popolazione bersaglio.

In particolare PNE:

- Produce direttamente, attraverso un sito web dedicato agli operatori, professionisti, gestori, amministratori ed alle istituzioni del SSN, informazioni di elevata completezza e complessità scientifica utili a una valutazione critica con elevate competenze professionali

- Fornisce per gli strumenti di comunicazione del SSN dedicati ai cittadini (portale) informazioni chiare e facilmente comprensibili a un pubblico non specialistico
- Conduce studi di valutazione di efficacia e di impatto di diverse modalità di presentazione e comunicazione dei risultati PNE è costituito dalle funzioni di valutazione e livello nazionale e dalle funzioni di valutazione a livello regionale.

In particolare PNE promuove e supporta programmi regionali di valutazione di esito, che, per le caratteristiche di maggiore validità dei sistemi informativi regionali e locali, possono produrre valutazioni integrative, talora di maggiore validità, rispetto a quelle nazionali.

Age.Na.S attraverso PNE collabora con le competenti strutture del Ministero della salute e delle Regioni e PP.AA. per lo sviluppo e l'integrazione di tutti i sistemi informativi del SSN, ai fini della loro utilizzazione nelle valutazioni di esito. PNE promuove la discussione ed il confronto con i professionisti, le loro associazioni e società scientifiche, sui temi della valutazione di esito. PNE propone, promuove, supporta e gestisce programmi di ricerca e di sperimentazione per lo sviluppo di metodi di valutazione e la loro applicazione nel SSN. (9)

3.3 Progetto bersaglio

Il sistema di valutazione progettato ed implementato dal Laboratorio Management e Sanità mira a fornire una sintesi dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie, in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo sono monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo e dove il governo della spesa è integrato con le misure di risultato al fine di evidenziare il valore prodotto per il cittadino. Se, infatti, è importante che le aziende sanitarie del sistema riescano a perseguire l'equilibrio economico finanziario questo non è però certamente sufficiente. Fondamentale è che le risorse della collettività creino "valore", ossia che siano adeguatamente utilizzate, con efficienza e appropriatezza, per fornire servizi di elevata qualità, garantendo l'accesso e l'equità.

In ottica multidimensionale i risultati conseguiti dalle aziende sanitarie sono stati analizzati secondo sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario:

- La valutazione dei livelli di salute della popolazione. Pur sapendo che questa tipologia di valori, quali la mortalità nel primo anno di vita o la mortalità per diverse patologie, si muove lentamente nel tempo e che un miglioramento registrato oggi spesso è determinato

dalle scelte gestionali effettuate nel passato, gli indicatori presenti in questa dimensione rappresentano il punto di partenza e di arrivo di tutti i sistemi sanitari.

- La valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali
Le aziende sanitarie rispondono non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome, ma anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale, operando in squadra per valorizzare le sinergie e per garantire accesso ed equità a tutta la popolazione. In questo senso è importante che le aziende siano attente e capaci di implementare gli orientamenti strategici regionali, ossia di applicare il piano sanitario regionale e le delibere regionali nei tempi e nei modi richiesti.

- La valutazione socio-sanitaria. In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale, che per le attività del territorio e della prevenzione.

- La valutazione esterna. In questa dimensione viene considerata la valutazione che i cittadini e gli utenti danno dei servizi sanitari aziendali che utilizzano. Il giudizio del cittadino/utente, per diventare di aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, deve essere articolato nel dettaglio, cogliendo tutti gli aspetti centrali ed accessori nella valutazione del servizio e, soprattutto, oltre al livello di soddisfazione, tiene conto della sua esperienza.

- La valutazione interna. In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati quindi necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati.

- La valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico finanziaria. In questa dimensione viene considerata la capacità aziendale di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale. Sono inoltre oggetto di osservazione indicatori di efficienza operativa che possano evidenziare la produttività delle risorse e l'utilizzo di strumenti gestionali orientati all'ottimizzazione e razionalizzazione.

Per rappresentare adeguatamente i risultati riportati da ogni azienda in ciascuna delle dimensioni individuate il gruppo di ricerca del Laboratorio MeS ha optato per una simbologia semplice, che avesse un'immediata valenza positiva. È stato utilizzato lo schema del "bersaglio" con cinque diverse fasce di valutazione:

- fascia verde, corrispondente ad una performance ottima con valutazione tra 4 e 5
- fascia verde chiaro, corrispondente ad una buona performance, con valutazione tra 3 e 4
- fascia gialla, corrispondente ad una performance media, con valutazione tra 2 e 3
- fascia arancione, corrispondente ad una performance scarsa, con valutazione tra 1 e 2
- fascia rossa, corrispondente ad una performance molto scarsa, con valutazione tra 0 e 1.

L'azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni riporta risultati vicino al centro del bersaglio, in zona verde, mentre i punti critici sono rappresentati nelle fasce rossa e arancione, più lontane dal centro. (10)

4. IL RUOLO INFERMIERISTICO

4.1 Le varie modalità di organizzazione dell'assistenza infermieristica

Ed è proprio in questo scenario di grandi cambiamenti che il contributo che l'assistenza infermieristica è chiamato a dare muta al mutare stesso dello scenario sanitario, sociale ed individuale di ogni attore interessato dal cambiamento, così come dovranno mutare le risposte che l'organizzazione intende dare ai propri "clienti" anche attraverso l'assistenza infermieristica e non solo. Le norme nazionali e regionali che regolano il funzionamento del servizio sanitario richiamano con sempre maggiore frequenza i concetti di qualità, appropriatezza, efficacia, efficienza ed economicità; le aziende ospedaliere e le AUSL devono oggi mostrarsi gradevoli e concorrenziali. Già il D.M. 739/94 (profilo professionale) ha sancito per l'infermiere la responsabilità di tutte le prestazioni disciplinari anziché dei singoli compiti (11) come prevedeva l'abrogato D.P.R. 14 marzo 1974, n.225 (il cosiddetto mansionario); egli partecipa all'individuazione dei bisogni di salute della persona e della collettività e ne formula i relativi obiettivi, pianifica e gestisce le proprie azioni e si avvale, ove lo ritenga necessario, dell'opera delle figure di supporto. Dal punto di vista epidemiologico, come descritto nella parte iniziale del presente lavoro,

sono in aumento le multi patologie, i quadri cronico-degenerativi correlati all'avanzata età media della popolazione; dal canto loro, le aziende si avvalgono di progressi in campo tecnologico al fine di ridurre i tempi di degenza media; ciò porta i pazienti ad essere seguiti sempre più in regime ambulatoriale o di day hospital, venendo a contatto con un gran numero di figure e strutture, in caso di patologie complesse. I pazienti che accedono oggi alle strutture sanitarie richiedono un'assistenza infermieristica caratterizzata dalla continuità, dal passaggio celere e completo di informazioni tra U.O. con cui vengono a contatto, dalla conoscenza completa della storia del paziente da parte di tutti gli operatori. Inoltre, avanzano la pretesa legittima di un'organizzazione in grado di adattarsi all'utente e non di spersonalizzarlo con la ripetizione uguale per tutti di manovre prettamente tecniche. Queste richieste possono essere soddisfatte solamente con l'utilizzo di modelli organizzativi non meccanici, che consentano di applicare a pieno non solo la parte tecnica dell'assistenza infermieristica, ma anche e soprattutto quella metodologica (il processo di assistenza infermieristica) che affonda le sue radici nella disciplinarietà del sapere infermieristico stesso. Non può infatti esservi personalizzazione dell'assistenza senza una raccolta dati specifica, guidata da un quadro teorico di riferimento, effettuata dal personale infermieristico attraverso un'adeguata pianificazione delle azioni assistenziali e soprattutto, un costante controllo sul punto in cui il paziente si trovi rispetto agli obiettivi stabiliti. L'ottica mansionale, che si concretizza nel modello per compiti o funzioni, esclude la possibilità di una pianificazione per obiettivi, resa impossibile dalla frammentazione delle informazioni possedute da ciascun infermiere; si fa dunque sentire l'esigenza di un cambiamento organizzativo. Se correttamente gestito l'inserimento di figure di supporto può essere d'aiuto in tal senso, ferma restando la necessità da parte dell'infermiere di applicare non solo la parte manuale, ma anche quella intellettuale della sua professione: solamente quest'ultima infatti, contrariamente a quanto avviene per gli atti tecnici, è peculiare dell'attività infermieristica ed è patrimonio esclusivo (e inattaccabile dall'esterno) dello stesso. Il tutto compatibilmente con i carichi di lavoro legati alla carenza di professionisti e ad alcune attività routinarie per legge non delegabili (es. terapia endovenosa). Dal quadro appena descritto emerge pressante la richiesta di un'assistenza infermieristica personalizzata: l'impegno del gruppo professionale è finalizzato a tradurre nella pratica concetti enunciati sul profilo, utilizzando modelli e strumenti operativi che permettano di erogare un insieme di prestazioni congruenti con l'aspettativa dell'utenza.

L'approccio "funzionalista", o modello tecnico, è quindi da considerarsi ormai superato, dal momento che le modalità operative per compiti "mansioni" sono considerate spesso dagli infermieri non consona né alle competenze né alle motivazioni dei professionisti né alle richieste dei pazienti. Innanzi tutto, bisogna ricordare che la natura dell'attività condiziona il suo modello organizzativo; per questo occorre definire il proprio modello assistenziale e padroneggiare le attività prima di impegnarsi ad organizzarle. La visione dell'assistenza, e del modello organizzativo che la rende possibile, si fonda su quattro principi fondamentali:

- Bisogno
- Beneficio
- Competenza
- Interdipendenza

Da questi principi di riferimento derivano le caratteristiche fondamentali che devono connotare il modello:

- Non necessariamente tutti i pazienti hanno bisogno di assistenza in aggiunta a quella medico-alberghiera, tuttavia l'infermiere identifica, per tutti i degenti, l'esistenza o meno del bisogno di assistenza infermieristica
- L'assistenza infermieristica deve rispondere al bisogno di essa in modo personalizzato, senza produrre attività routinarie di inutile sostituzione o supporto
- L'infermiere deve possedere competenze proprie, definite da un profilo per poter mettere in atto l'assistenza professionale
- L'assistenza è, per sua natura, interprofessionale; essa richiede dunque di essere sostenuta da un adeguato sistema informativo oltre a essere organizzata e coordinata in modo flessibile.

Un modello organizzativo è dunque un insieme di regole che controllano il funzionamento dell'organizzazione, la quale è direttamente legata alla *mission* dichiarata da ogni servizio infermieristico aziendale. Ricordando che la scelta di un modello organizzativo influenza l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione, poiché dalle modalità di utilizzo delle risorse derivano la quantità e la qualità delle prestazioni, i modelli odierni devono rispondere prevalentemente alla necessità di utilizzare un minor fabbisogno di risorse professionale a pari o migliore assistenza ricevuta dal paziente. (12) I modelli più di frequente riscontro in letterature internazionale, sviluppatasi per lo più in Nord America e Inghilterra, sono il

team nursing (modello per piccola equipe), *functional nursing* (modello funzionale, per compiti), *primary nursing* e il *case management nursing*. Quest'ultimo è il modello maggiormente adatto ad affrontare i bisogni di salute della popolazione attuale; ci si soffermerà a descrivere quindi solo questo modello di assistenza infermieristica.

4.2 Il case/care management

Il termine *case management* inizia a comparire nella letteratura sanitaria e in particolare in quella infermieristica americana alla metà degli anni ottanta, per indicare un processo di erogazione delle prestazioni sanitarie (in particolare infermieristiche) avente l'obiettivo di garantire un'assistenza di qualità elevata, ridurre la frammentazione, migliorare la qualità di vita dei clienti e ridurre i costi. Il professionista sanitario *case manager* può avere responsabilità sia cliniche che organizzative. In senso clinico ha la responsabilità di provvedere all'accertamento nei confronti dell'assistito e dei suoi familiari, stabilire diagnosi mediche, infermieristiche etc.... (a seconda della professione sanitaria esercitata) e sviluppare un piano di assistenza, erogare ed attivare gli interventi delegando l'assistenza ove ritenuto opportuno e necessario e valutarne i risultati. In senso organizzativo il *case manager* spesso si trova a coordinare e collaborare con gruppi multi professionali. Lo strumento principe utilizzato è il percorso assistenziale (pa) anche chiamato percorso diagnostico terapeutico assistenziale (pdta) o percorso clinico assistenziale (pca), in inglese *clinical pathway*. Permette di avere cura e di prendersi cura dell'utente e può essere trasversale alle strutture socio-sanitarie ovvero strutture territoriali, ospedale, strutture intermedie

Per quanto riguarda in particolare:

- Nell'ospedale, le attività *del case manager* possono aver inizio prima del ricovero e si prolungano almeno due settimane dopo la dimissione
- Nel territorio (domicilio, ambulatorio, rsa) le attività del *case manager* durano finché necessario. Sempre nel territorio la figura dell'infermiere assume un'importante ruolo manageriale, di coordinamento e direzione in strutture ben precise basti pensare alla COT di nuova istituzione dove, secondo precisa normativa, il coordinatore appunto deve essere un infermiere professionale.

L'impegno iniziale di tale professionista consiste tipicamente nello stabilire una relazione con l'utente e la sua famiglia allo scopo di raccogliere dati, analizzare i motivi di contatto

con il servizio, le condizioni fisico-psichico-spirituali, la disponibilità di risorse e di supporto sociale. Sulla base di questi dati il *case manager* unitamente al cliente, alla sua famiglia, al medico, al *primary nurse* e agli altri professionisti interessati identifica i problemi attuali e potenziali, formula un percorso assistenziale sia durante la degenza avvalendosi della collaborazione dei colleghi professionisti dell'unità operativa, sia successivamente alla dimissione. Collabora con l'equipe multidisciplinare e interdisciplinare per agevolare l'ottenimento dei risultati concordati. Svolge inoltre il ruolo di educatore e consulente. La persona assistita riceve un'assistenza personalizzata e si instaura un rapporto personale/professionale basato sulla fiducia tra utente e fornitore di cura. L'implementazione di questo modello richiede, per tali figure:

- L'adesione piena della direzione strategica aziendale (direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo) che deve promuovere una profonda riorganizzazione assistenziale e la collaborazione tra le diverse professionalità e diversi presidi, servizi, unità operative;
- Un diretto impegno della direzione delle professioni sanitarie con un direttore incaricato secondo la legge 251/2000 che si colloca in linea o al direttore sanitario o al direttore generale. Questa direzione è chiamata a diffondere una cultura organizzativa gestionale a tutti i livelli professionali in una logica di continuità assistenziale e di uso ottimale e appropriato delle risorse;
- L'adozione di percorsi assistenziali multi professionali condivisi, dove l'infermiere è sempre più coinvolto in un'assistenza multispecialistica, basti pensare ai modelli assistenziali basati sulle aree di degenza omogenee per intensità di cura dove la figura infermieristica è chiamata ad ampliare sempre più il proprio bagaglio di conoscenze in quanto chiamata a rapportarsi con pazienti da una parte e professionisti dall'altra di diverse specialità rispetto ad un passato di assistenza monospecialistica;
- La presenza di professionisti sanitari tecnici con elevate competenze cliniche, formative e gestionali, impegnati sempre più nelle direzioni mediche ospedaliere o in altri servizi aziendali (RSPP, Controllo di Gestione, ecc ...).

L'implementazione di un modello organizzativo di tipo *case manager* porterebbe i seguenti vantaggi:

- Permette il coordinamento dei vari tipi di assistenza, nei diversi contesti in cui si inserisce l'utente;
- Aumenta il livello qualitativo delle prestazioni assistenziali;
- Soddisfa gli assistiti e i familiari nella gestione dei loro bisogni di salute anche dal punto di vista organizzativo (prenotazioni, collegamenti ospedale-territorio, tra i vari servizi...) con conseguente riduzione di costi e ottimizzazione dell'uso della risorsa umana e dei servizi;
- Collega gli aspetti sanitari e sociali dell'assistito;
- Favorisce la cultura dell'integrazione tra le figure professionali;
- Il ruolo del *case manager* può essere ricoperto solo da professionisti sanitari con professionalità molto elevata, con alto livello formativo specifico, in possesso di competenze di base, trasversali, tecnico professionale distintive e in progress altamente specifiche.

Alcuni svantaggi dell'utilizzo di un modello di tipo *case manager* sono invece:

- Richiede autonomia, responsabilità, capacità ed esperienza per l'elaborazione e gestione dei percorsi clinici multi professionali standardizzati e adattati alla specifica situazione clinica;
- Richiede un livello formativo post-base specialistico e in costante crescita;
- Richiede di mantenere e consolidare una visione di squadra in cui spesso è fondamentale essere un leader competente più che un capo. (13)

4.3 Nuove opportunità per la professione infermieristica

Alla luce di quanto emerge dall'analisi del sistema sanitario nazionale in generale e dalle novità introdotte dall'attuazione del Piano Socio Sanitario della Regione Veneto in particolare, appare chiaro come soprattutto per la nuova generazione di professionisti tali cambiamenti possano essere letti come delle vere e proprie opportunità per la professione infermieristica chiamata sempre più a svolgere ruoli diversificati in un'organizzazione non più verticale delle cure (organizzata cioè a silos sulla base delle specializzazioni del medico) ma orizzontale, in grado di raccogliere tutte le migliori soluzioni possibili per soddisfare i bisogni degli assistiti è la chiave di volta della nuova sanità.

Si evidenzia dunque il ruolo degli infermieri “**facilitatori**” dei processi organizzativi, “**coordinatori**” per la gestione delle risorse umane, “**specialisti**” per l’assistenza ospedaliera, ma anche per quella territoriale, con una forte propensione alla multidisciplinarietà e allo svolgimento di attività integrate grazie all’interazione con altri professionisti, e con questi i nuovi ruoli l’infermiere potrà dare al management sanitario un contributo efficace e immediato, ottimizzando così l’organizzazione dei servizi e la qualità della prestazione, esaltano i ruoli di tutti gli attori dell’assistenza.

La centralità della professione infermieristica sia a livello di coordinamento per garantire l’efficienza delle ‘piattaforme’ tecnologiche e logistiche, sia per l’integrazione delle competenze nella gestione dei pazienti all’interno ai percorsi di diagnosi e cura con la presa in carico integrata e continua, in particolare, dei pazienti complessi sono i target per un’organizzazione che punti al futuro secondo anche la ricerca ed è per questo che vanno ridisegnate le relazioni tra medico e infermiere e gli altri professionisti sanitari sia in ospedale che sul territorio. L’evoluzione delle funzioni di coordinamento dell’infermiere e l’inserimento di nuove funzioni infermieristiche ha un suo effetto positivo anche sui medici che, così, sembrano poter avere l’opportunità di recuperare in modo più pieno quella che è la parte centrale del loro lavoro ossia quella professionale. (14) Basti sottolineare che con un master in case management e una legge regionale a favore, l’infermiere potrebbe specializzarsi ed andare a ricoprire il ruolo di infermiere di famiglia e di comunità oppure potrebbe gestire ambulatori infermieristici collocabili all’interno dei Dipartimenti delle Cure Primarie, in appoggio al MMG. Queste figure sono già presenti in Lombardia, che ha fatto da apripista in Italia alle regioni del nord con un sistema sanitario virtuoso a cui a ruota si stanno adeguando anche le altre regioni. Dai dati di letteratura emerge che il potenziamento della rete di cure primarie permette una migliore salute della popolazione, un’equa distribuzione della salute nella stessa e si abbasserebbero i costi in quanto si ridurrebbero i codici bianchi e verdi e quindi i costi per le attività improprie effettuate in Pronto Soccorso, ed è proprio su questi aspetti che deve intervenire il ruolo infermieristico. Inoltre grazie all’introduzione di queste figure è possibile combattere il problema delle badanti, “infermiere *low cost*” che ad oggi si occupano di malati, spesso facendo azioni proprie dell’infermiere, in maniera scorretta. (15)

Per quanto riguarda l’assistenza ospedaliera:

- **Case manager:** figura infermieristica che si configura come “process owner” (titolare del trattamento) e il facilitatore del percorso ospedaliero del singolo paziente garantendo il *patient flow* (flusso dei pazienti) tra la struttura di ricovero e i servizi di diagnosi e cura; in alcune realtà è individuato come “infermiere referente”;
- **Discharge manager:** è un infermiere il cui ruolo è di gestire, fin dall’accesso, il momento della dimissione del paziente (a casa, in un’altra struttura, in un altro ospedale), svolgendo la sua attività in stretto contatto con il team medico, con il paziente e la sua famiglia; in molti casi è associato a una organizzazione basata sull’intensità di cura;
- **Care manager (chronic care model CCM):** è la figura infermieristica con ruolo di collegamento: si configura come il “process owner” e il facilitatore di un percorso che avviene tra le strutture ospedaliere, le strutture territoriali, i medici di famiglia e tutti gli attori del CCM; è un importante ruolo “cerniera” tra l’ospedale e il territorio;
- **Research manager, o research nurse:** è dedicato allo sviluppo delle attività di ricerca clinica e alla gestione del percorso del paziente inserito all’interno di un trial clinico;
- **Risk manager:** profilo infermieristico dedicato alla gestione degli strumenti per la prevenzione e il monitoraggio degli errori in medicina all’interno della struttura ospedaliera in stretto contatto con le altre funzioni di governo clinico;
- **Manager di piattaforma:** è l’evoluzione del caposala del blocco operatorio o del dipartimento di diagnostica per immagini (manager di piattaforma tecnologica), e del responsabile infermieristico di dipartimento o del caposala in un reparto tradizionale (manager di piattaforma logistica). Ha un profilo di coordinamento ed è orientato alla programmazione delle attività e alla gestione delle risorse tecnologiche ed umane. Tra i manager di piattaforma è possibile annoverare figure specifiche quali: **manager infermieristico di dipartimento**, ruolo di staff rispetto al direttore di dipartimento, assume la responsabilità di coordinare e allocare le risorse umane e le altre risorse (es. letti); assegna il personale infermieristico e di supporto in base all’intensità di cura e alla complessità assistenziale delle persone assistite all’interno dei vari moduli; gestisce i processi di supporto di base alle esigenze del

processo primario di cura e assistenza, con particolare attenzione al flusso e al sincronismo dell'attività; **bed manager**, è presente nel caso in cui i posti letto siano considerati una risorsa fungibile all'interno del dipartimento; in molti casi è associato a una organizzazione basata sull'intensità di cura;

- **manager della preospedalizzazione**, coordina le risorse infermieristiche gestendo il flusso dei pazienti nella fase di indagine diagnostica prericovero ottimizzando l'uso di risorse tecnologiche importanti in tempi ben definiti e con obiettivi di produttività (pazienti per mattinata).

Sul territorio:

- **Community matron**: si tratta di un ruolo infermieristico di coordinamento per le attività assistenziali a livello territoriale e domiciliare; questi ruoli hanno la responsabilità su gruppi di pazienti (circa 50) e la loro missione è la riduzione delle ospedalizzazioni evitabili; pur avendo avuto una maggiore presenza negli ospedali nel sistema inglese, recentemente essi hanno trovato diffusione anche nell'ambito territoriale;
- **Care manager**: in genere dipendono da una *matron* e svolgono un compito di assistenza nelle strutture territoriali e a domicilio, attivando i servizi necessari alla gestione del paziente;
- **discharge manager**: come per l'ospedale è un infermiere il cui ruolo è di gestire, fin dall'accesso, il momento della dimissione del paziente (a casa, in un'altra struttura, in un altro ospedale), svolgendo la sua attività in stretto contatto con il team medico, con il paziente e la sua famiglia; in molti casi è associato a una organizzazione basata sull'intensità di cura;
- **care manager (chronic care model)**: anche in questo caso come per l'ospedale è una figura infermieristica con ruolo di collegamento che si configura come **"process owner"** e facilitatore di un percorso che avviene tra le strutture ospedaliere, le strutture territoriali e, sul territorio, tra i medici di famiglia e tutti gli attori che prendono parte al CCM. (16)

CONCLUSIONI

L'aspetto che emerge con forza in questa disamina è il concetto di cambiamento. Quest'ultimo anche se previsto e disciplinato da delle norme da solo non basta, è necessario vincere la resilienza al cambiamento, da parte di tutti gli attori coinvolti. La sanità per sua natura è da sempre stata soggetta a pressioni esterne ma è tipico dell'ultimo decennio l'intreccio tra pressioni sociali, professionali e politiche con aspettative e pressioni provenienti dalle istituzioni. Anche se risultati di indagini evidenzino la consapevolezza da parte degli operatori della necessaria riorganizzazione della sanità, questa realtà resta di fatto non praticata. L'infermiere ad oggi è arrivato ad essere attore dinamico, fondamentale all'interno del sistema. La popolazione infermieristica vede ormai la maggioranza degli infermieri in possesso di un titolo universitario. Questo non è un mero spetto formale ma vuol dire che ci si è formati all'interno di un sistema in movimento che prevede una formazione di base, ma con la possibilità/necessità di potersi sviluppare professionalmente e scientificamente attraverso master, laurea magistrale e dottorato di ricerca., (17) Lo spazio entro il quale la figura dell'infermiere possa crescere ed acquisire nuove competenze e responsabilità ad oggi c'è. Investire sulla professione infermieristica ponendo le basi per una nuova autonomia e responsabilità professionale consente di favorire un sistema professionale capace di sostenere e soddisfare le esigenze dei servizi e della popolazione. Ad oggi per poter garantire adeguata risposta ai bisogni di salute dell'utenza la nuova figura infermieristica potrà dare un grosso contributo lo stesso infermiere però dovrà essere in grado, con professionalità ed umiltà, di farsi carico di un cambiamento culturale di ruolo ed umano in modo da inserirsi in un sistema complesso senza rischiare però fughe in avanti al solo fine di complicare il sistema stesso. Come esaminato nel corso del presente lavoro uno dei più significativi determinanti del buon andamento/qualità dei servizi socio sanitari è costituito dall'insieme degli operatori che, costituendo l'interfaccia principale tra sistema e cittadini, assumono un ruolo centrale nella realizzazione di risposte di qualità, efficienza/ appropriatezza dei processi e dei percorsi di cura ed assistenza, efficacia della relazione umana e professionale e di un proattivo risk management. (18)

“L’infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l’utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale”.

Così recita l’articolo 47 del Codice Deontologico dell’infermiere: è ora di rendere effettivo quello ciò a cui queste parole alludono. (19)

BIBLIOGRAFIA

1. Regione Veneto. Piano socio-sanitario regionale 2012-2016. Available at:
<http://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=241095>
Accessed 01/10/2015.
2. Salemi M. Il sistema sanitario in Italia. Conegliano: università degli studi di Padova, 2015.
3. Ministero della salute. Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013. Available at:
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1870_listaFile_itemName_0_file.pdf.
Accessed 28/09/2015.
4. Ministero della salute. Relazioni sullo stato sanitario del Paese 2012-2013. Available at:
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2258_allegato.pdf. Accessed 29/09/2015.
5. World Health Organization. Piano per la salute mentale 2013-2020. Available at:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/8/9789241506021_ita.pdf .
Accessed: 10/10/2015
6. World Health Organization. Re-defining health. Available at:
http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/ . Accessed: 02/10/2015.
7. Regione Veneto. Bur n. 107 del 10 dicembre 2013. Available at :
<http://bur.regione.veneto.it/BurvServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=262847>.
Accessed: 02/10/2015.
8. Presidenza del consiglio dei Ministri. Definizione di un set di indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'attività sanitaria. Aprile 2002. Available at:
<http://www.areac54.it/public/definizione%20di%20un%20set%20di%20indicatori%20per%20il%20monitoraggio%20e%20la%20valutazione%20sanitaria%20-%20testo.pdf>. Accessed 11/10/2015
9. Age.na.s. Programma Nazionale Esiti. 2014. Available at:
<http://95.110.213.190/PNEed14/main/doc/introduzione.pdf>. Accessed 10/11/2015
10. Nuti S. Il sistema di valutazione della performance della sanità in Toscana. 2012 Available at:

<http://www.regione.toscana.it/documents/10180/3231083/parte1/baad8ec3-6d39-4704-8fa7-de5e4ef08ec0>. Accessed 20/10/2015

11. Profilo Professionale dell'Infermiere. 1994; Available at:
<http://www.ipasvifi.it/normativa/infermieri.html>. Accessed 03/10/2015.
12. Marconcini S. Rinaldi M. Case management: un modello organizzativo per la cura del paziente psichiatrico. Available at:
http://www.scienzeinfermieristiche.net/files/compendio_sul_case_management_marconcini_stefano_e.pdf. Accessed 09/10/2015.
13. Rigon L.A. Modelli organizzativi delle continuità delle cure. Formazione in Agorà. Padova, 2014. 1-3.
14. Consiglio regione Lombardia. Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa. L'esperienza dei consigli dei sanitari nella clinical governance. Milano, Italia, gennaio 2005. Available at:
http://www.consiglio.regione.lombardia.it/c/document_library/get_file?uuid=69064d90-a245-439a-a23f-34d7f7f7e216&groupId=38960. Accessed 10/10/2015.
15. Batani F. Gridelli G. No agli infermieri low cost. Available at:
http://www.nursingup.it/infermieri_scrivono/no-agli-infermieri-low-cost.pdf.
Accessed: 26/10/2015
16. Federazione italiana Collegi Ipasvi. Cerismas, studio NURSE sull'identikit dei nuovi manager infermieristici: Silvestro (senatore e presidente Federazione Ipasvi): "La ricerca conferma l'evoluzione delle nostre competenze". Roma, 2015. Available at: http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/95/8%20-%20Comunicato%20stampa%2019%20febbraio%202015.pdf Accessed 09/10/2015.
17. Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi. Rivista l'infermiere N°4-2015. Available at:
http://www.ipasvi.it/archivio_news/rivistaonline/28/L-Infermiere-2015-n4.pdf.
Accessed: 20/10/2015.
18. Tavolo di lavoro regioni-ministero. Evoluzione della professione infermieristica.
<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8863607.pdf>. Accessed: 26/10/2015

19. Il Codice Deontologico dell'Infermiere. 2009. Available at:

<http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.html>.

Accessed 03/10/2015.