

# LA RIFORMA DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO



## LA CENTRALITA' DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA OPPORTUNITA' E SPAZI DI SVILUPPO PROFESSIONALE

OPI BRESCIA

16.4.2018

# INDICE



L'evoluzione del sistema socio sanitario e le nuove sfide da affrontare

I nuovi bisogni e la necessità di una risposta mirata.

Una sfida per tutte le professioni.

La specificità delle aziende sanitarie

Il modello lombardo.

La centralità dei processi trasversali e della gestione di team multi professionali

Le nuove risposte organizzative

I tratti distintivi della professione infermieristica

La centralità del case manager

# L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO E LE NUOVE SFIDE DA AFFRONTARE



Negli anni recenti il sistema sanitario è stato interessato da grandi cambiamenti che lo stanno trasformando profondamente, con rilevanti conseguenze sugli assetti organizzativi:

- Il salto di paradigma
- Il nodo della sostenibilità economica.

# IL SALTO DI PARADIGMA



# Polipatologia in Lombardia



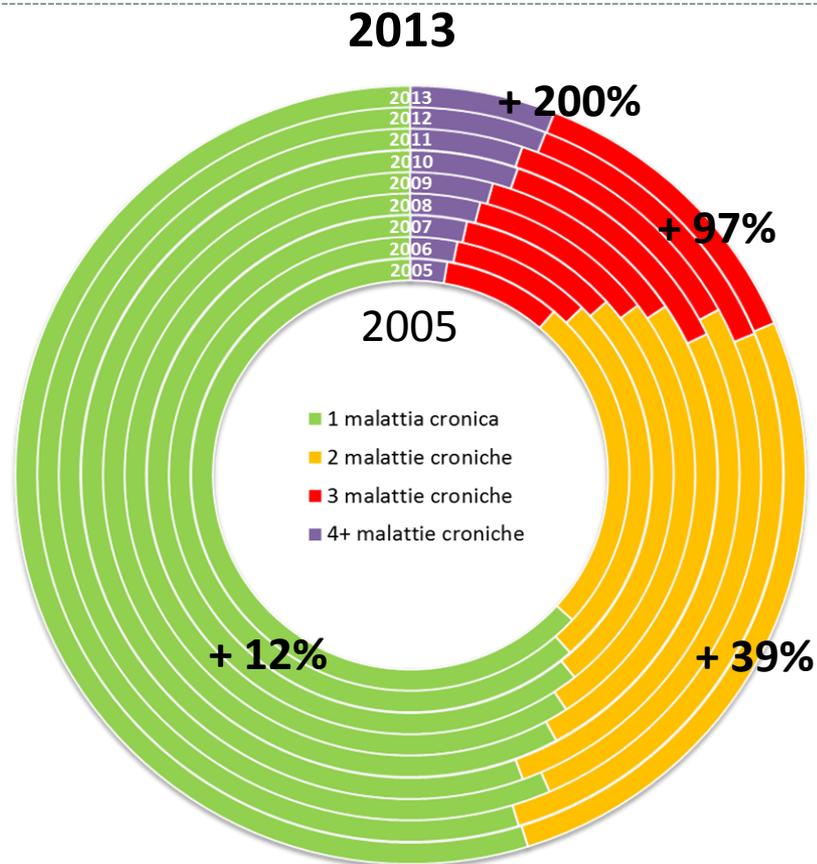
10 milioni abitanti

3,5 milioni di pazienti cronici (35%)

+600.000 negli ultimi 10 anni (+25%)

75% del budget

400.000 non autosufficienti  
(nodo RSA – badanti)

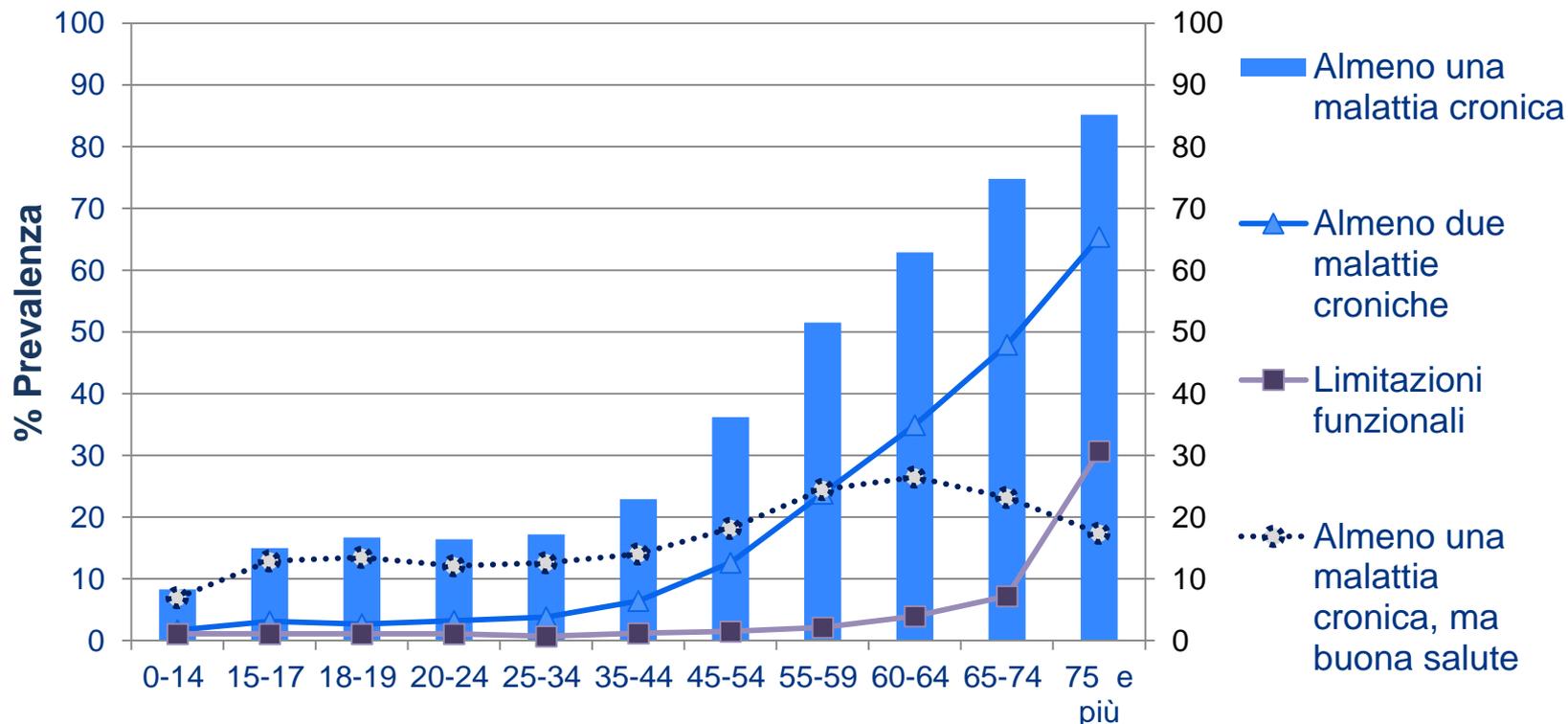


**POLIPATOLOGIA 2005-2013**

*D.G. Welfare, 2016*

# Trend demografici, epidemiologici, sociali

Prevalenza della cronicità e delle limitazioni funzionali per classi di età, % (2015)



**38,3** % della popolazione che dichiara almeno una malattia cronica (incluse allergie e artriti)

**5,5** % della popolazione sopra i 6 anni che dichiara una limitazione funzionale



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Fonte: Elaborazioni OASI su dati ISTAT 2016. I dati sulle limitazioni funzionali sono da riferire all'anno 2013.  
N.B. auto-dichiarazioni su 100 intervistati

# Il contesto: le risorse

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Spesa sanitaria totale corrente</b>											
Miliardi di euro	124,8	128,8	133,4	138,3	140,8	142,3	146,1	146,7	145,6	147,8	149,1
In % del PIL	8,4	8,3	8,3	8,5	8,9	8,9	8,9	9,1	9,1	9,2	9,1
<b>Spesa sanitaria pubblica corrente</b>											
Miliardi di euro	96,8	99,6	103,8	107,1	110,2	111,3	112,8	114,0	112,9	114,3	114,6
In % della spesa sanitaria totale	77,5	77,4	77,8	77,4	78,3	78,2	77,2	77,7	77,5	77,3	76,9
% della spesa tot. corrente della PA	14,5	14,5	14,3	14,7	14,6	14,9	14,5	14,2	14,1	14,0	n.a.
% del PIL	6,5	6,4	6,4	6,6	7,0	6,9	6,9	7,1	7,0	7,1	7,0
<b>Spesa sanitaria delle famiglie</b>											
Miliardi di euro	28,0	29,1	29,6	31,2	30,6	31,0	33,3	32,8	32,7	33,5	34,5
In % della spesa sanitaria totale	22,5	22,6	22,2	22,6	21,7	21,8	22,8	22,3	22,5	22,7	23,1
In % della spesa delle famiglie	3,1	3,1	3,1	3,2	3,2	3,1	3,3	3,3	3,3	3,4	3,4
In % del PIL	1,9	1,9	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1

Leggera ripresa della spesa sanitaria **TOTALE** (+3,5 mld da 2013)

Lieve calo % spesa sanitaria **PUBBLICA** su totale sanità e totale spesa pubblica

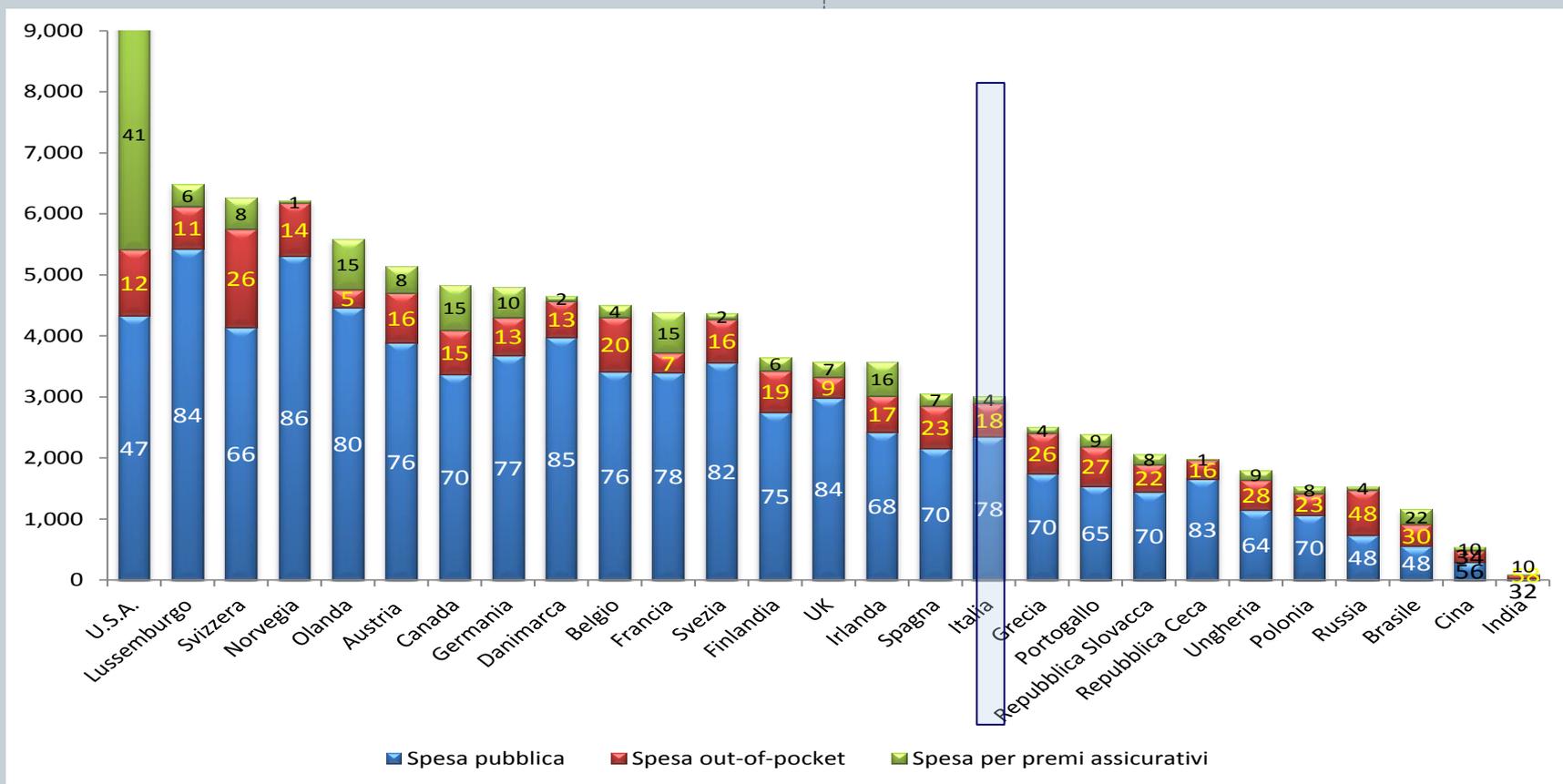
Lieve aumento % spesa sanitaria **PRIVATA** su totale sanità e totale consumi famiglie

Fonte: elaborazioni OCPS-SDA Bocconi su dati Cergas-Bocconi (Spesa Sanitaria Pubblica), EUROSTAT (Spesa Pubblica Totale), ISTAT-Nuovi Conti Nazionali (Spesa Sanitaria delle Famiglie, Spesa Generale delle Famiglie, PIL)

# Spesa sanitaria: composizione per finanziatore

8

Spesa sanitaria pro-capite pubblica, out-of-pocket e per assicurazioni private (2013) (\$ PPA e %)

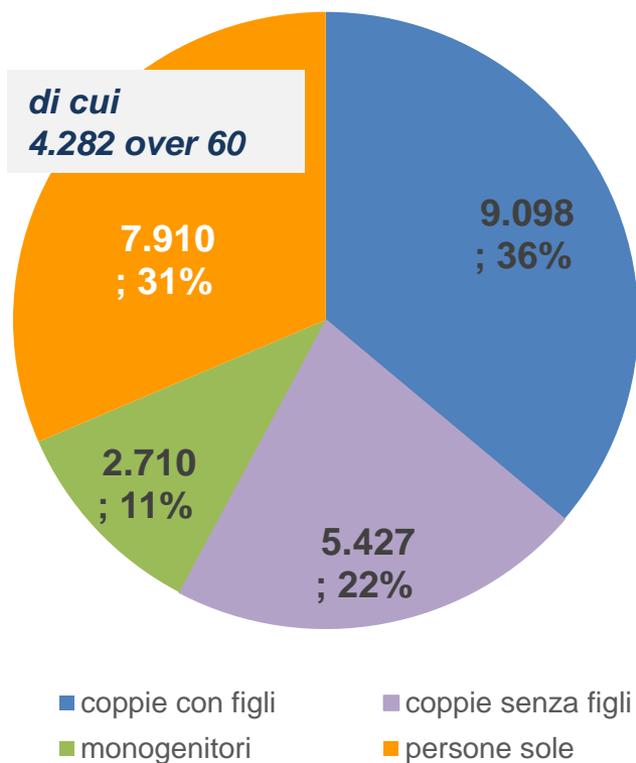


*Nota: I valori riportati all'interno delle colonne rappresentano la percentuale di ogni componente di spesa rispetto al totale del Paese.*

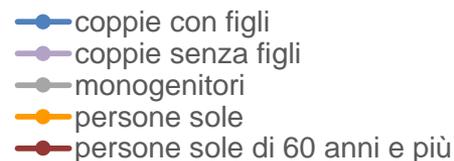
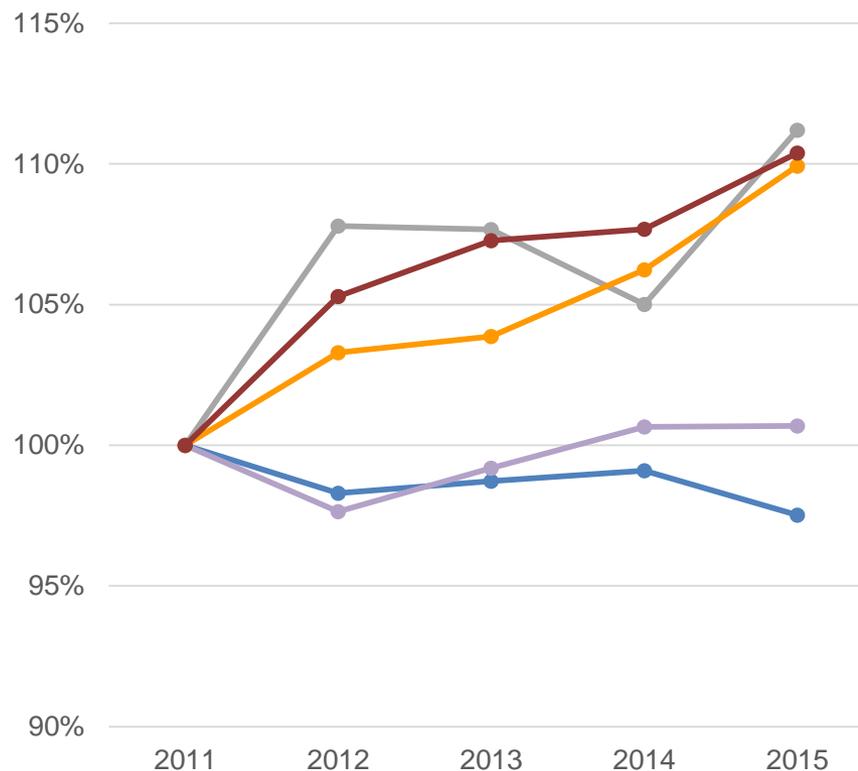
**FONTE: ELABORAZIONI SU DATI WHO 2015.**

# Struttura dei nuclei familiari

Nuclei per tipologia (migliaia) e incidenza % su totale famiglie (25.145=100%), 2015



Trend tipologia dei nuclei familiari (numeri indice), 2011-15

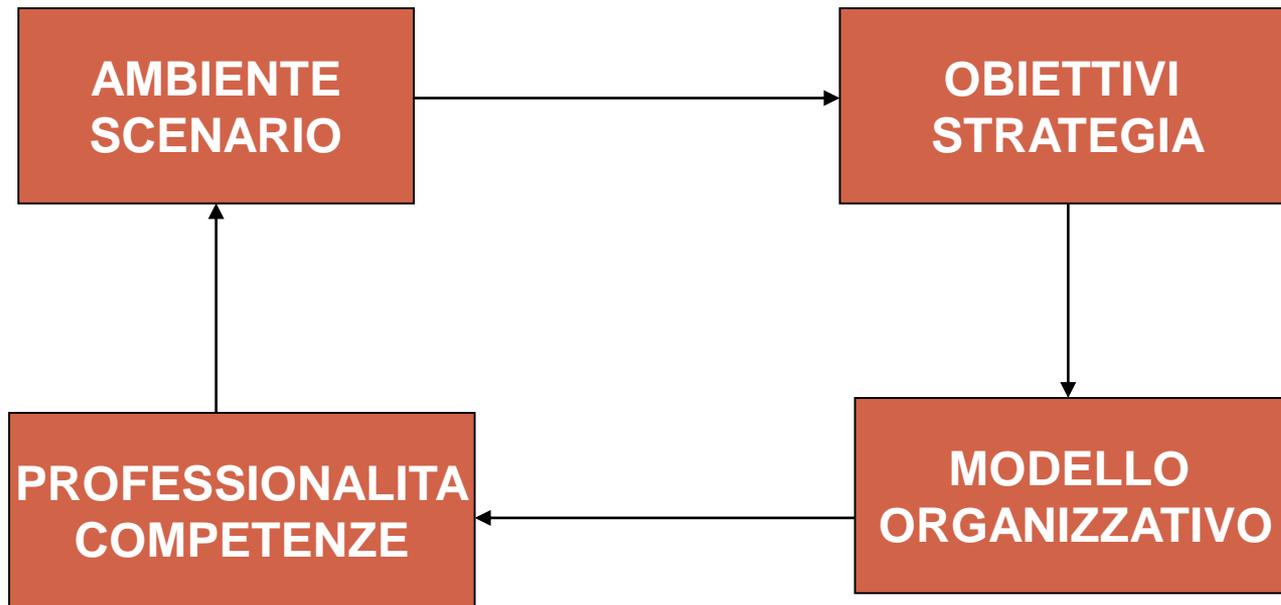


# I NUOVI BISOGNI

11

- Progettare una “presa in carico precoce e multidimensionale” della persona, all’interno del contesto familiare e social
- Progettare una risposta integrata, sistemica e interdisciplinare.
- Gestire il nodo cruciale della continuità socio assistenziale, superando approcci frammentati, di tipo prestazionale e non coerenti con una relazione che valorizzi la persona nella sua integrità.

# IL MODELLO CONCETTUALE DI RIFERIMENTO



# La crisi del modello disciplinare (UU.OO. monoprofessionali)



- La specializzazione del sapere si traduce in una frammentazione organizzativa non più sostenibile sul piano dell'efficienza economica (es. guardie divisionali)
- Cronicità e pluripatologia comportano
  - l'impossibilità di assegnare il bisogno a un sapere (modello acuzie)
  - l'emergere dell'assistenza e del coordinamento dei saperi sullo specifico individuo come dimensioni critiche
- La progressiva legittimazione delle altre professioni (a partire da quella infermieristica) mette ulteriormente in discussione la dominanza medica

# I SETTING DELLA CURA E DELL'ASSISTENZA E LA CENTRALITA' DEL TERRITORIO



Sta assumendo una forte centralità la dimensione del territorio, e dell'ospedale integrato con il territorio.

Il terreno dove intervenire con continuità per affrontare la cronicità/fragilità.

Nuova visione dell'ospedale, che dovrà essere sempre più integrato con il territorio.

Sta nascendo una ricca articolazione di servizi del territorio, articolati in team multi professionali con un forte tessuto di relazioni organizzative, che interfacciano con le diverse articolazioni del SSN, ospedale compreso.

Considerando i tre livelli (OSPEDALE – TERRITORIO – DOMICILIO) si sta andando verso un progressivo spostamento dei setting rispetto ai problemi, andando dall'ospedale al territorio e al domicilio (nuovo modello lombardo).

Nei nuovi modelli territoriali dietro ci sono gli infermieri.

Il nuovo modello lombardo che ricompone gli ospedali nelle ASL.

# LE CONSEGUENZE



- **Gli approcci e i saperi**
  - dalla cura (evento) alla presa in carico e all'assistenza (persona)
  - dalla monoprofessionalità, alla interprofessionalità, alla multiprofessionalità
- **I setting della cura e dell'assistenza**
  - le trasformazioni e la differenziazione degli ospedali
  - il transitional care e le strutture intermedie
  - la domiciliarità, la medicina di base, il chronic care model
- **Gli assetti organizzativi**
  - il superamento dei fondamenti disciplinari
  - le trasformazioni nelle strutture organizzative
  - l'emergere dei meccanismi operativi e delle responsabilità trasversali

# Strutture: universo confuso e variegato

**Ospedale**

**Strutture  
«intermedie»**

**Domicilio**

H hub

CdS

Hospice

RSA

ADI

CdS G

MMG  
ass.

H  
spoke

Post/sub

Poliamb

PUA

MMG  
studio

Country  
H

**PTA**

PreSST

Alloggi  
protetti

CdS P

Punto  
prelievi

Centro  
diurno

# Il caso della Regione Lombardia

Regione Lombardia con la Legge Regionale 23/2015 ha iniziato un processo di rinnovamento delle proprie risposte assistenziali, sia sul piano clinico che su quello organizzativo-gestionale.

La **creazione dell'Assessorato alla salute e politiche sociali (Welfare)**, che riassume le deleghe afferenti ai precedenti Assessorati alla salute e alla famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità, rappresenta una delle novità più rilevanti nella definizione della nuova struttura istituzionale del sistema.

Un secondo rilevante cambiamento introdotto della riforma ha riguardato la **separazione delle funzioni di programmazione, erogazione e controllo attraverso importanti interventi sugli assetti istituzionali delle aziende sanitarie**. In particolare, le precedenti ASL sono state trasformate in 8 Agenzie di Tutela della Salute (ATS), quali articolazioni amministrative della Regione, con il compito di attuare la programmazione regionale sul territorio di competenza. Sono inoltre state istituite 27 Aziende Sociosanitarie Territoriali (ASST), che si articolano in due settori aziendali rispettivamente definiti rete territoriale e polo ospedaliero (Art 7, L.R. 23/2015), superando la tradizionale suddivisione istituzionale lombarda tra azienda ospedaliera e azienda territoriale.

# Fabbisogni della cronicità

Al fine di garantire una buona gestione della cronicità, e promuovere interventi basati sull'unitarietà di approccio, centrati sulla persona e orientati a una migliore organizzazione dei servizi e a una piena responsabilizzazione degli attori come individuato dal Piano Nazionale della cronicità (PNC), è necessario presidiare 4 principali dimensioni:



## 1. Reclutamento precoce



2. **PDTA costo-efficaci**, fondati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili mediate dalle preferenze dei pazienti e dall'esperienze dei clinici (Evidence-based Medicine - EBM)



## 3. Integrazione della filiera professionale



## 4. Controllo della compliance

## Il modello lombardo per la presa in carico dei pazienti cronici

### Il modello organizzativo della DGR- n. X/6551: **Il Gestore della presa in carico proattiva**

*Garantisce il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura ed è*  
**RESPONSABILE DEL PAI e DELLA PRESA IN CARICO.**

**E' un soggetto erogatore di prestazioni sanitarie o sociosanitarie accreditato e a contratto con il SSL oppure un soggetto del sistema delle cure primarie. L'idoneità è valutata dall'ATS sulla base di criteri esplicitati nella manifestazione di interesse.**

#### **Svolge le seguenti funzioni**

- **Sottoscrizione del PATTO DI CURA con il paziente**
- **Valutazione Multidimensionale del bisogno**
- **Definizione del piano di assistenza individuale (PAI)**
- **Presa in carico proattiva (prenotazione delle prestazioni, monitoraggio dell'aderenza al PAI, monitoraggio clinico e rivalutazione)**
- **Erogazione delle prestazioni necessarie direttamente o tramite partner**
- **Coordinamento e attivazione dei nodi della rete erogativa**
- **Implementazione di servizi innovativi quali la TELEMEDICINA**

**Dà indicazioni per l'accesso alle altre prestazioni necessarie (ausili e presidi–invalidità civile–servizi sociali dei Comuni)**

**Condivide le informazioni cliniche con i professionisti che compongono la rete assistenziale ed è dotato di un sistema informativo interoperabile e accessibile dalla ATS**

## Il modello lombardo per la presa in carico dei pazienti cronici

Il modello organizzativo della DGR- n. X/6551: **idoneità dei gestori**

**Il gestore deve assicurare (direttamente o a livello di rete) alcune funzioni servendosi di specifiche figure professionali:**

- **Valutazione multidimensionale del bisogno**, con necessari professionisti afferenti alle aree medica, psicologica, sociale, infermieristica, educativo-animativa, dell'assistenza tutelare. Tale attività va chiaramente modulata in base al livello del bisogno: il gestore deve garantire la valutazione del bisogno nel livello 1, mentre per i livelli 2 e 3 è necessaria la Valutazione Multidimensionale del bisogno (VMD);
- **Figura del case manager**, che svolge funzione di coordinamento di natura gestionale-organizzativa sulle attività assistenziali e garantisce la continuità del percorso. Si tratta della figura di riferimento per il paziente e la sua famiglia;
- **Figura del clinical manager**, il medico responsabile della presa in carico individuato dal gestore per predisporre e aggiornare il PAI.

Il gestore deve inoltre garantire la presenza di sistemi atti a rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza da somministrare ad almeno il 10% dei pazienti e la disponibilità di idonei locali per la valutazione e la redazione del PAI.

# Il modello lombardo per la presa in carico dei pazienti cronici

## Il modello organizzativo della DGR- n. X/6551: una nuova architettura di sistema

- Il **paziente** è libero di scegliere il proprio Ente Gestore
- Possono candidarsi quali Ente Gestore singoli erogatori sanitari e sociosanitari accreditati e a contratto con il SSL e soggetti del sistema delle cure primarie. All'**Ente Gestore** spetta il coordinamento e l'attivazione dei nodi della rete erogativa necessari per l'attuazione del PAI
- Il **MMG** può garantire la presa in carico, per i propri assistiti, sia come **gestore diretto**, sia con una **funzione di co-gestore**, in collaborazione con altri soggetti gestori erogatori. Il ruolo del co-gestore è quello di garantire direttamente alcune prestazioni, tra le quali rientra tipicamente la definizione del PAI e la sottoscrizione, insieme al Gestore, del Patto di Cura con il paziente.
- Diversificazione del modello di presa in carico in funzione di:
  - *Livello di stratificazione attribuito alla persona*: Regione Lombardia assegna ciascun soggetto ad una fascia a diverso livello di complessità e di domanda, in relazione ai bisogni individuati e verifica e controlla il livello di stratificazione attribuito alla persona.
  - *Prossimità e specificità territoriali*
  - *Livello di imprenditorialità locale*
  - *Scelte dei pazienti*

# Il modello lombardo per la presa in carico dei pazienti cronici

## Il modello organizzativo della DGR- n. X/6551: Diversificazione sulla base della stratificazione del paziente

	N° Pazienti/ Utenti	DOMANDA	BISOGNI	PERTINENZA PREVALENTE
Livello 1	150.000	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio	Integrazione dei percorsi ospedale/domicilio/ riabilitazione/ sociosanitario	Struttura di erogazione  Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate
Livello 2	1.300.000	Cronicità poli-patologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/ <i>frequent users</i> e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico - educativo) e gestione proattiva del <i>follow-up</i> (più visite ed esami all'anno)	Struttura di erogazione e MMG  Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate MMG in associazione
Livello 3	1.900.000	Cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale, a richiesta medio- bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari / <i>frequent users</i>	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Territorio  (MMG proattivo)

- Per i pazienti del 3° livello, il MMG organizzato in forma associative è il gestore prioritario: gli assistiti appartenenti a questa categoria saranno gestiti direttamente dai medici famiglia, a meno che questi non si candidino per la funzione di gestore
- Per il 1° e il 2° livello, invece, l'assistito potrà scegliere come gestore il soggetto da lui preferito all'interno di una lista che verrà predisposta dall'ATS

# Il modello lombardo per la presa in carico dei pazienti cronici

## Il modello organizzativo della DGR- n. X/6551: **Quale ruolo per gli erogatori?**

Per gli erogatori la DGR 6551 delinea differenti posizionamenti possibili :

- **Gestore**, con l'obiettivo di garantire la presa in carico in proprio oppure avvalendosi di soggetti terzi in continuità territoriale inseriti dall'ATS in un apposito elenco a seguito di manifestazione di interesse. Per i pazienti del livello 3 si potrà essere gestori solo qualora il MMG che ha in carico quei pazienti non si candidi per questa funzione. Come gestore si delineano due possibili fattispecie per gli erogatori:
  1. **Presenza di MMG come co-gestore:** il MMG redige il PAI dei pazienti cronici e sottoscrive, insieme al gestore erogatore e al paziente, il patto di cura;
  2. **MMG non partecipa alla presa in carico:** il PAI viene definito dallo specialista che ha effettiva responsabilità della presa in carico. Il PAI viene trasmesso al MMG che ha 15 giorni per formulare il suo parere.
  
- **Partner di Ente Gestore:** l'erogatore può aderire al nuovo schema come nodo in un rete di soggetti che garantiscono al Gestore di erogare le prestazioni e coprire tutte le fasi della presa in carico. Anche soggetti accreditati ma non a contratto possono essere contrattualizzati con un contratto di scopo per le sole prestazioni di cui il gestore si avvale.

# UNA SFIDA PER LE TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE



Tutte le professioni sanitarie sono messe in discussione dal nuovo scenario.

Risulta perdente e antistorico pensare di ricostruire il vecchio paradigma della centralità dei saperi medici, o dei saperi di altre professioni.

Evidenze di fatto e vincoli di contesto rendono impossibile declinare gli assetti organizzativi dai saperi disciplinari.

Centralità della trasversalità e del processo.

# LE SPECIFICITA' DELLE AZIENDE SANITARIE

- erogano servizi personalizzati ad alto contenuto di professionalità individuale e sociale
- richiedono protagonismo individuale ed eticità personale
- i servizi erogati richiedono un approccio multi dimensionale, sia a livello professionale che sociale
- vi è la presenza di molteplici figure professionali caratterizzate da elevata autonomia, che deve essere valorizzata ed orientata
- una efficace erogazione dei servizi richiede una elevata integrazione multi professionale e tra differenti articolazioni organizzative, all'interno dell'azienda, tra diverse aziende e con altre organizzazioni/istituzioni/associazioni del territorio
- diventa cruciale la gestione della continuità assistenziale, in una logica reticolare
- operano in un contesto ad alta turbolenza e incertezza

# I NUOVI CRITERI DI PROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA

Il nuovo scenario richiede un profondo cambiamento dei criteri di progettazione delle organizzazioni.

Per rispondere ai nuovi bisogni i nuovi modelli organizzativi devono soddisfare le esigenze di multi professionalità, di trasversalità e garantire fluidità ai processi operativi.

Diventa indispensabile riaggregare intorno al paziente l'insieme delle prestazioni (tipico delle strutture a matrice o per progetti) e delle professioni coinvolte.

**Dai saperi (e dalle unità fondate sui saperi) ai processi trasversali, assistenziali e organizzativi**

# Nuovi assetti, ruoli e responsabilità

## Nuovo assetti:

- Esempi: piattaforme assistenziali, ospedali per intensità di cura, focalizzazione sui percorsi multiprofessionali, logiche di rete, «ospedali di comunità, oltre l'acuzie».

## Nuovi ruoli:

- Sono spesso orientati a “riconnettere” attorno al paziente e ai suoi bisogni l'insieme delle prestazioni (polo oncologico, case/care management, percorso donna, resp. PDTA, infermiere di famiglia, ecc.)
- hanno natura diversa da quelli “ancorati alla struttura”
- hanno una più accentuata componente professionale (pur non richiedendo un collegamento a specifiche discipline/professioni).

# DAI SAPERI AI PROBLEMI. IL LIMITE DEL MODELLO FONDATO SUI SAPERI



Nel passato i «saperi forti» erano la base su cui costruire l'organizzazione, per risolvere «il problema».

I nuovi bisogni, correlati alla cronicità/fragilità, e l'evoluzione delle tecnologie, mettono in crisi la correlazione tra evoluzione dei saperi e assetti organizzativi correlati.

I costi astronomici della specializzazione.

# UNA SFIDA PER LE TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE



Tutte le professioni sanitarie sono messe in discussione dal nuovo scenario.

Risulta perdente e antistorico pensare di ricostruire il vecchio paradigma della centralità dei saperi medici, o dei saperi di altre professioni.

Evidenze di fatto e vincoli di contesto rendono impossibile declinare gli assetti organizzativi dai saperi disciplinari.

**Dai saperi (e dalle unità fondate sui saperi) ai processi trasversali, assistenziali e organizzativi**

# I NUOVI CRITERI DI PROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA



Diventa indispensabile riaggregare intorno al paziente l'insieme delle prestazioni e delle professioni coinvolte.

Nuovo assetti:

- Piattaforme assistenziali, ospedali per intensità di cura, focalizzazione sui percorsi multi professionali, logiche di rete, «ospedali di comunità, polo oncologico, percorso donna, etc..

Nuovi ruoli:

- Sono spesso orientati a “riconnettere” attorno al paziente e ai suoi bisogni l'insieme delle prestazioni: (case/care management, percorso donna, resp. PDTA, infermiere di famiglia, ecc.)

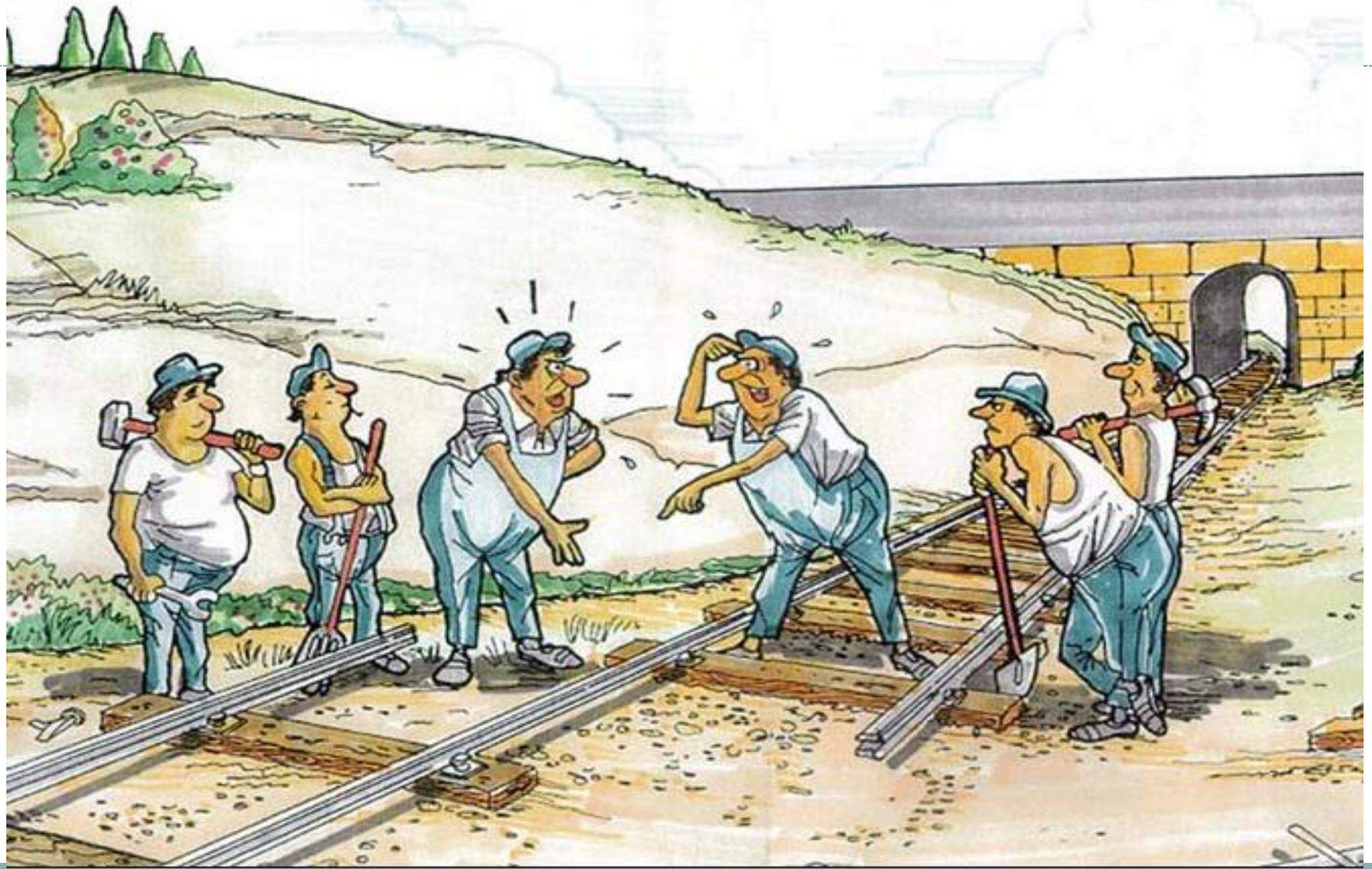
Hanno una più accentuata componente professionale (pur non richiedendo un collegamento a specifiche discipline/professioni).

# LE BASI PER LA COLLABORAZIONE E IL RUOLO DELLA CULTURA

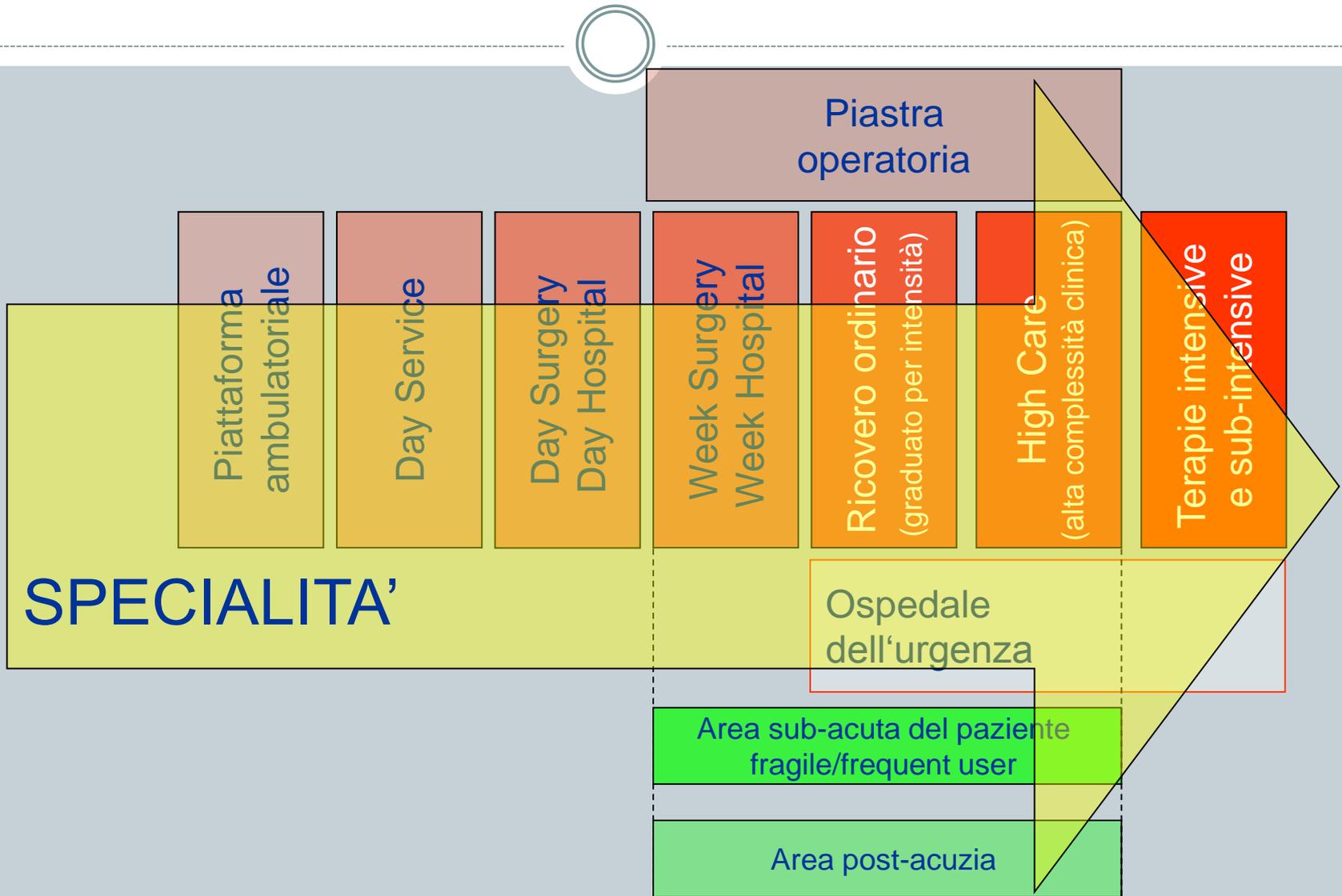


- LA COLLABORAZIONE RICHIEDE UNA “COMUNE PIATTAFORMA ESSENZIALE” SU CUI CONFRONTARSI E DIALOGARE.
- LA COLLABORAZIONE RICHIEDE IL RICONOSCIMENTO DI VALORE DELL’INTERLOCUTORE.
- LA COLLABORAZIONE RICHIEDE LA DISPONIBILITA’ A RICONOSCERE ED ACCETTARE “IL GIUDIZIO” DELL’INTERLOCUTORE
- LA COLLABORAZIONE RICHIEDE LA “RELATIVA PRECARIZZAZIONE” DELLA PROPRIA POSIZIONE.

# Team Work

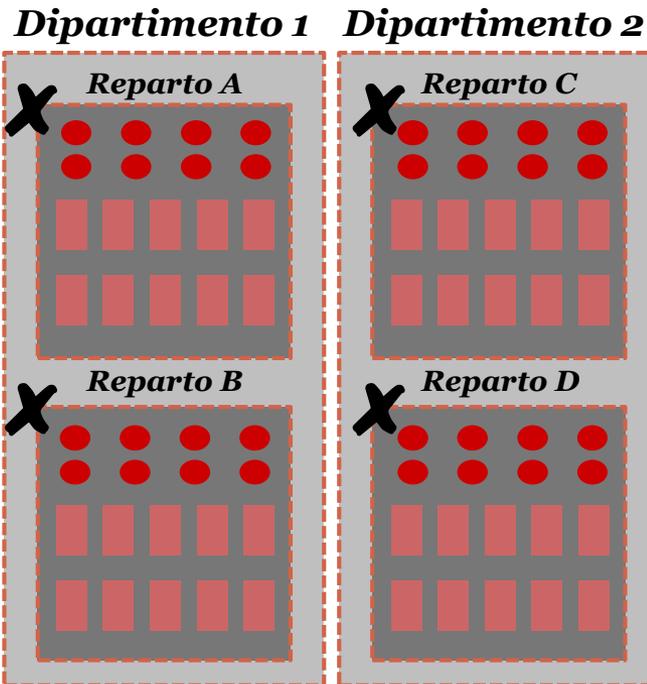


# LE NUOVE STRUTTURE: UN ESEMPIO RELATIVO ALLE PIATTAFORME OSPEDALIERE



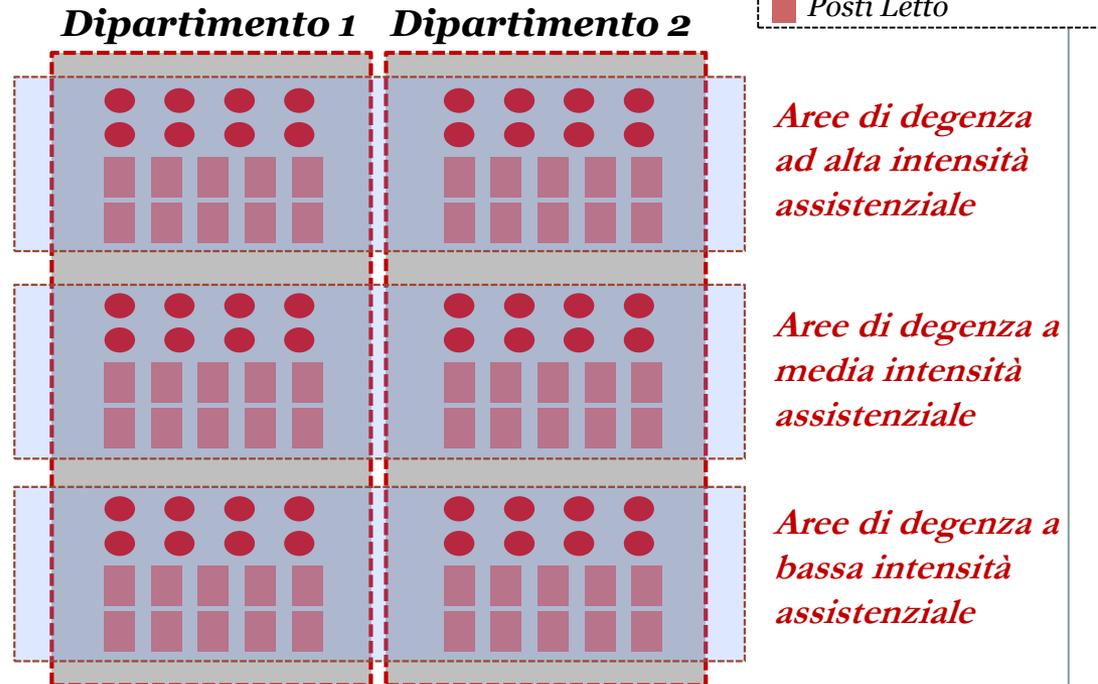
# LE PIATTAFORME

## SITUAZIONE ATTUALE



- **Posti letto e risorse di comparto gestiti per reparto**

## ASSETTO A TENDERE



- **Posti letto e risorse di comparto per aree omogenee di intensità assistenziale**



**Riorganizzazione dei posti letto e delle risorse di comparto per aree omogenee di intensità assistenziale**

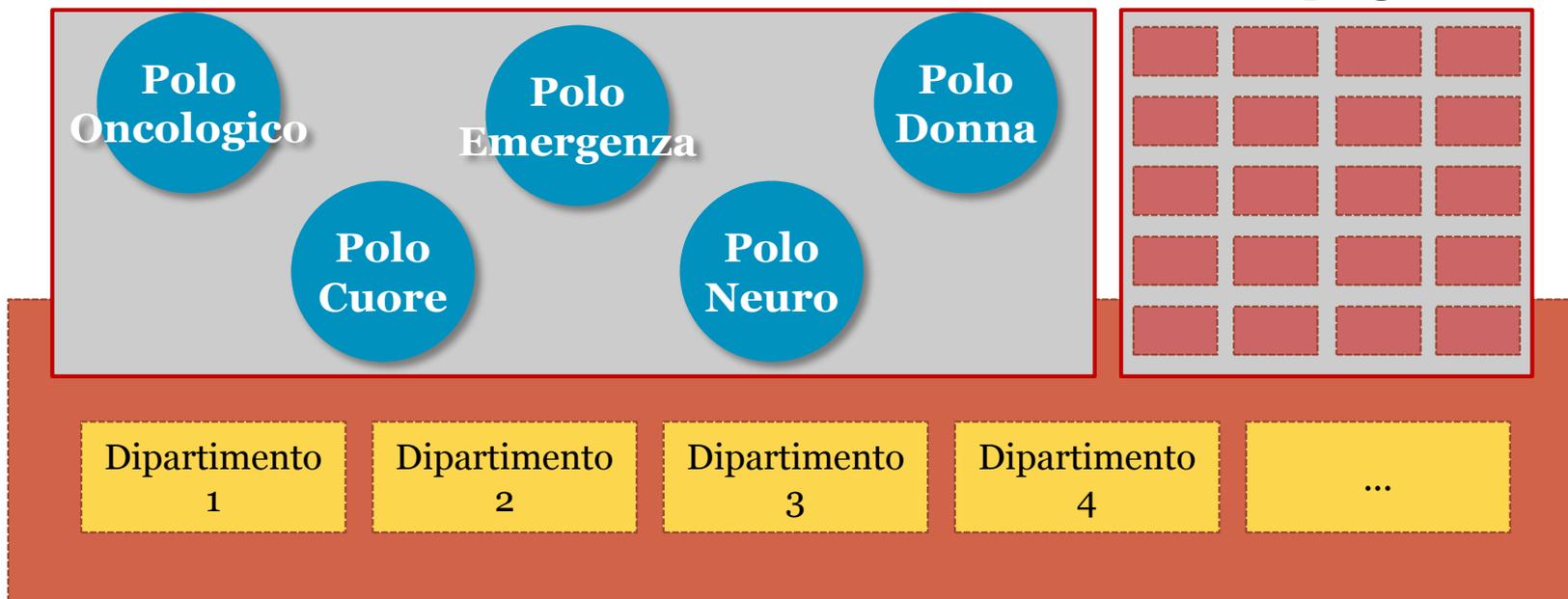
*I poli di riferimento e i centri/ programmi costituiscono l'interfaccia dell'ospedale con il Paziente*

*Paziente*



*Poli di riferimento*

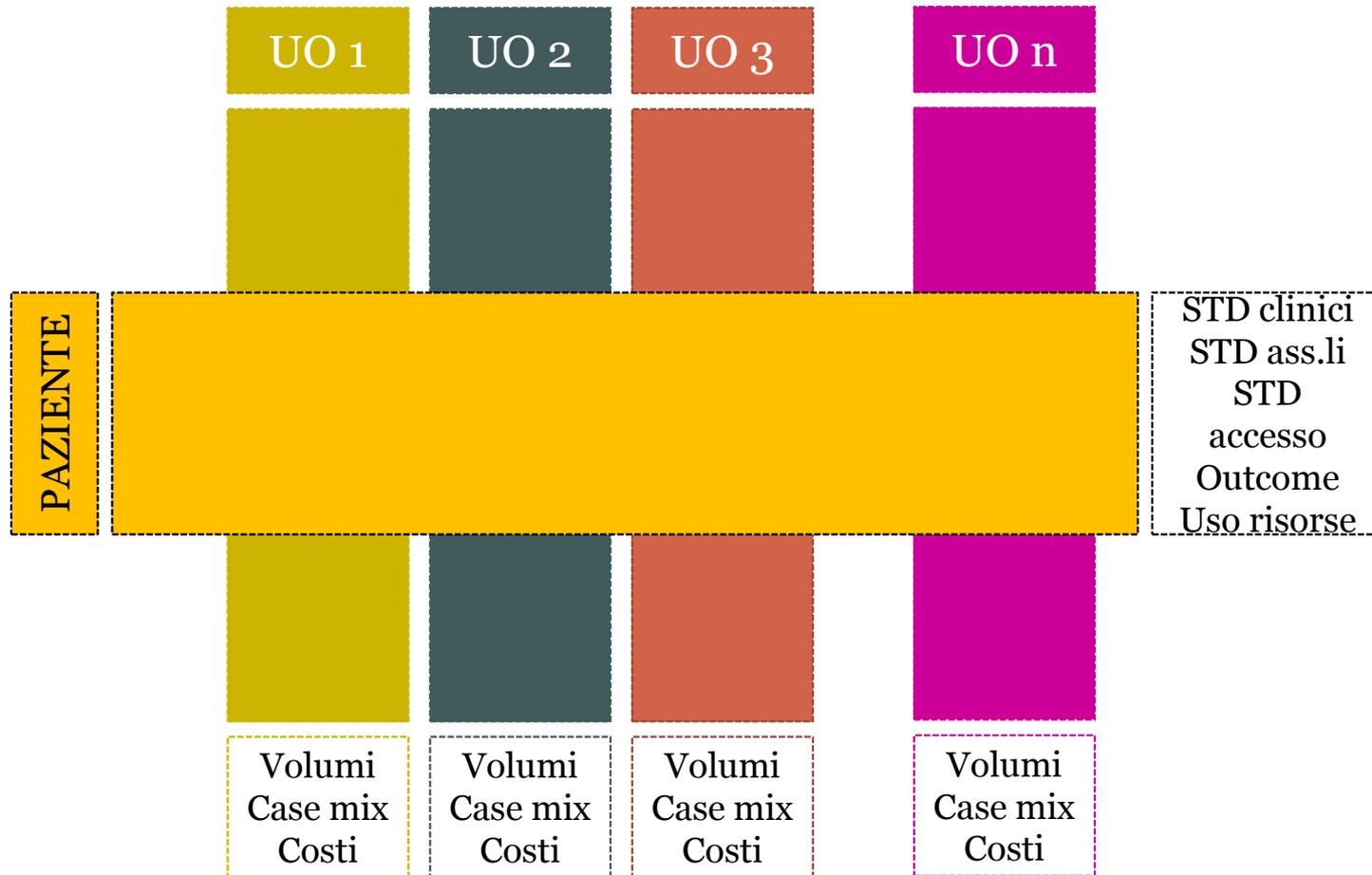
*Centri e programmi*



*Dipartimenti*

*Organizzazione del personale docente secondo le aree disciplinari definite dai dipartimenti*

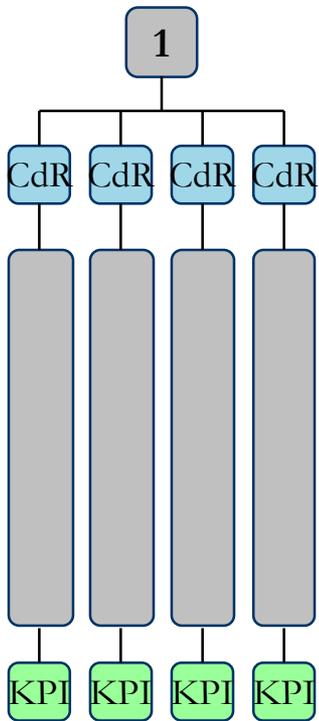
# Percorsi e misurazione: nuova prospettiva di analisi



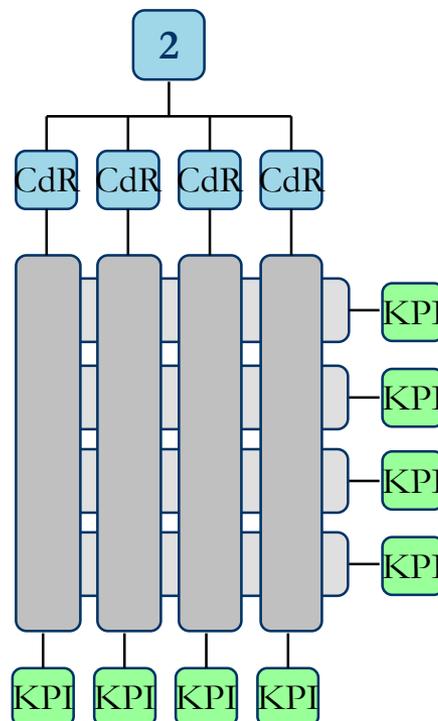
# Dall'organizzazione per strutture a quella per processi



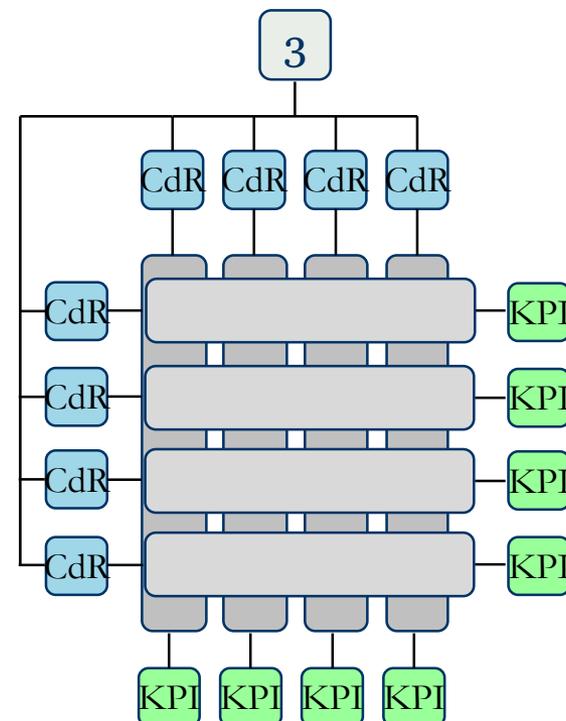
**Organizzazione per strutture**



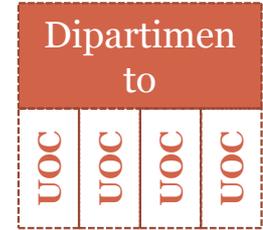
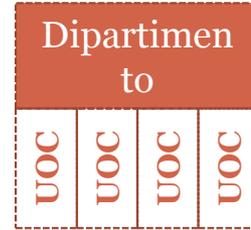
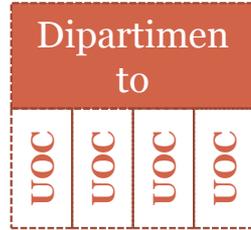
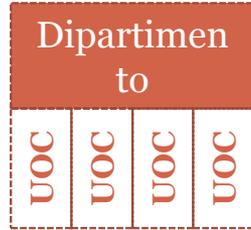
**Identificazione dei processi**



**Organizzazione per processi**



# I Poli



**UOC Governo Clinico**

**POL  
O**

percorso  
percorso  
percorso

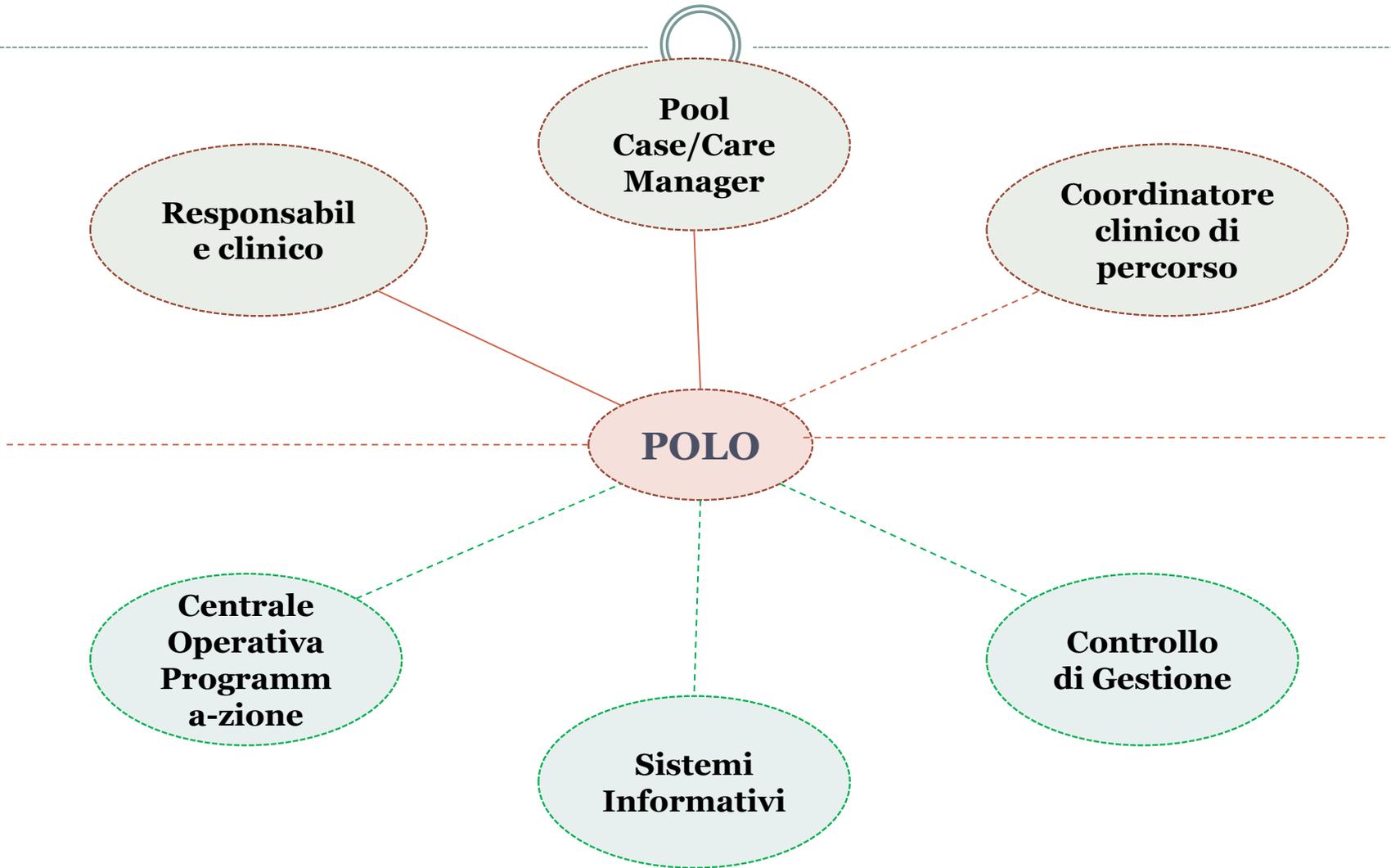
**POL  
O**

percorso  
percorso  
percorso

**POL  
O**

percorso  
percorso  
percorso

# Cosa c'è nel Polo





# LA CENTRALITA' DEL TERRITORIO



- Il terreno dove intervenire con continuità per affrontare la fragilità.

Sta assumendo una forte centralità la dimensione del territorio, e dell'ospedale integrato con il territorio.

Sta nascendo una ricca articolazione di servizi del territorio, articolati in team multi professionali con un forte tessuto di relazioni organizzative, che interfacciano con le diverse articolazioni del SSN, ospedale compreso.

# IL FUTURO DEL TERRITORIO E IL MODELLO DELLA PRESA IN CARICO (Lombardia)



- Sportelli sanitari e sociali

- AFT

- UCCP: Amb. MMG/PLS Servizio Infermiere di famiglia

- Valutazione multidimensionale personalizzata del bisogno

- AFT

- UCCP

- Coordinatore delle Cure Primarie

- AFT/UCCP

- POT

- PreSST

- Percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali

- Cure domiciliari

- RSA - aperte

- Chronic care model

# I GRANDI PROGRESSI FATTI DALLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA



La rilevanza dei risultati raggiunti, per le persone, per le organizzazioni e per la società.

La crescita e la costante qualificazione professionale.

L'istituzionalizzazione, anche attraverso l'incardinamento del sistema dell'Università, con talune criticità.

Maggiore «peso specifico» e costante legittimazione nelle aziende (prevalentemente in termini di strutture e responsabilità associate).

La definizione di un assetto ordinistico

# VALORIZZARE IL VANTAGGIO COMPETITIVO OFFERTO DAI “TRATTI DISTINTIVI” DELLA PROFESSIONE



La vocazione di fondo degli infermieri:

- più orientata a rispondere all’insieme dei bisogni delle persone;
- più attenta a soddisfare il fabbisogno di integrazione, a “fare sintesi” e a “ricucire” le professioni e le articolazioni organizzative, in relazione ai bisogni del paziente: case manager, care management, counsellor della famiglia, etc.

Gli infermieri potrebbero avere “una marcia in più”, che dovrebbe essere valorizzata per soddisfare le esigenze di integrazione, raccordo e coordinamento.

# LE DIMENSIONI DELL'AZIONE ORGANIZZATIVA



# LA QUESTIONE PROFESSIONALE E LO SVILUPPO DELLE RESPONSABILITÀ



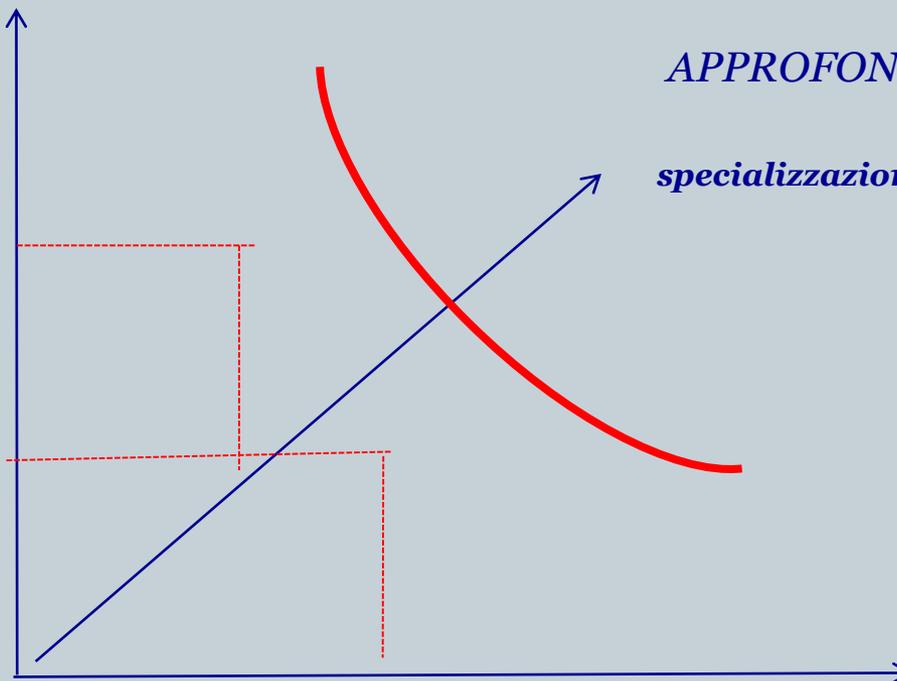
*INNALZAMENTO*

*APPROFONDIMENTO*

*direzione  
professionale*

*specializzazione*

*coordinamento  
professionale*

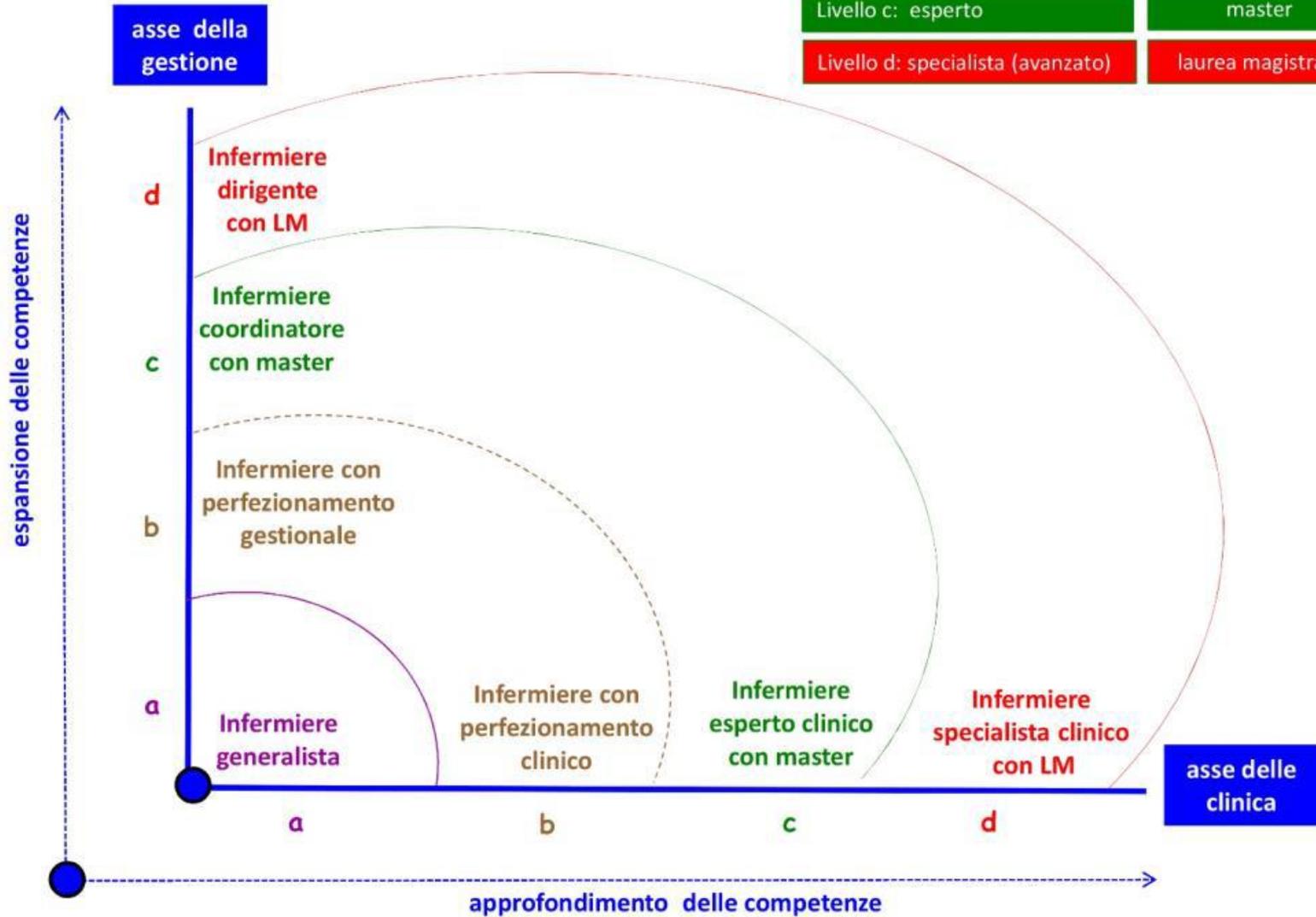


*coordinamento  
interprofessionale*

*direzione  
interprofessionale*

*ALLARGAMENTO*

Livello a: generalista	laurea triennale
Livello b: con perfezionamento	c. perfezionamento
Livello c: esperto	master
Livello d: specialista (avanzato)	laurea magistrale



# NELLA RIFORMA LOMBARDA

48

Le possibili focalizzazioni dell'infermiere di famiglia:

- un ruolo tipicamente assistenziale, attento alla concreta attuazione di procedure particolarmente complesse, che potrebbero richiedere competenze specialistiche;
- un ruolo di case manager clinico, attento alla programmazione, gestione, monitoraggio e valutazione del percorso socio assistenziale del paziente, all'interno del Piano Assistenziale Integrato;
- un ruolo di counsellor della famiglia, una figura professionale che si relaziona con il tessuto familiare, e con il contesto sociale di riferimento, per costruire una cornice assistenziale funzionale alla gestione di pazienti particolarmente complessi

# UNA PARTITA APERTA A MOLTE SOLUZIONI IL VANTAGGIO COMPETITIVO PER GLI INFERMIERI



Si tratta di posizioni contendibili, per le quali diminuisce progressivamente il “vantaggio competitivo” derivante dall’appartenenza a una specifica professione.

La professione infermieristica, da sempre impegnata sul fronte del care (inteso in senso lato come «prossimità al paziente») può disporre di un potenziale vantaggio competitivo.

Per avere successo non basta limitarsi a rivendicare spazi; le proprie potenzialità devono essere dimostrate e valorizzate, confrontandosi con altre professioni, potenzialmente in competizione.

# UN MODELLO PER INDIVIDUARE LE POSSIBILI STRATEGIE DI SVILUPPO DELLA PROFESSIONE



Il mix delle possibili opportunità:

- 1 Ruoli e posizioni a **matrice professionale obbligata**: supervisione e coordinamento professionale, conduzione di unità mono professionali.
- 2 Ruoli e posizioni a **matrice professionale contendibile** per i quali si ritiene che la professione esprima un chiaro vantaggio competitivo rispetto alle altre.
- 3 Ruoli e posizioni a **matrice professionale contendibile** per i quali si ritiene che la professione non esprima un chiaro vantaggio competitivo, ma rispetto ai quali sarebbe importante riuscire ad affermare la visione infermieristica
- 4 Ruoli e funzioni a **caratterizzazione manageriale** nei quali è importante che gli infermieri riescano a dimostrare la propria competitività

# EVITARE LOGICHE SUPERATE



I modelli organizzativi del passato a «silos separati», a “canne d’organo” che separavano le strutture (tra reparti, divisioni, unità operative) o le professioni sono sempre meno funzionali e quindi sempre meno difendibili.

Occorre giocare «in campo aperto», misurandosi con altre professioni.

La strada più ricca di opportunità:

- puntare su ruoli/posizioni “contendibili” tra diverse professioni quali: case/patient/care manager, bed manager, resp. presidi territoriali, resp. RSA, manager di piattaforme chirurgiche o assistenziali con differente grado di complessità, resp. della logistica, resp. dei network, resp. reti assistenziali, resp. di pdta.

# LE CONDIZIONI PER ASSUMERE MAGGIORI RESPONSABILITÀ



Alcune linee strategiche a sostegno di questo processo di cambiamento possono essere le seguenti:

- Progettare, sostenere e diffondere una «vision» a sostegno di tutto il processo di cambiamento; capace di incidere sulle società, sul sistema e sulle aziende.
- Stimolare e sostenere l'emergere di leader infermieristici (i messaggeri).
- Formare, diffondere e rinforzare la platea di infermieri in grado di assumersi maggiori responsabilità (i protagonisti)
- Preservare l'unitarietà della professione in un processo di inevitabile differenziazione.
- Focalizzare gli sforzi e cercare alleanze.
- La rivisitazione conseguente del tessuto normativo e contrattuale.