



ENTI ORDINISTICI LOMBARDI



PROVINCE DI BERGAMO, BRESCIA, COMO, CREMONA, LECCO, MANTOVA, MILANO-LODI-MONZA-BRIANZA, PAVIA, SONDRIO, VARESE

ACCORDO DI PROGRAMMA ENTI ORDINISTICI IPASVI LOMBARDI ASSESSORATO ALLA SANITA'

Palazzo Lombardia 01 dicembre 2017

Regione Lombardia e professione infermieristica: una alleanza a favore dei cittadini

Premessa

A partire dalla riforma del sistema fino ai recenti interventi sulla cronicità, la Regione Lombardia ha intrapreso una serie di coraggiose trasformazioni che dovrebbero assicurare alla sanità lombarda la capacità di affrontare le sfide poste dai radicali cambiamenti nei bisogni, in un quadro di sostenibilità economica di medio periodo. I cambiamenti istituzionali rappresentano, però, solo lo scenario per un impegno che deve vedere coinvolti tutti gli attori che operano nel mondo della sanità.

Tra i diversi attori del cambiamento gli infermieri occupano un posto di rilievo sia in termini oggettivi che soggettivi. Dal punto di vista oggettivo, gli infermieri non solo costituiscono la maggiore comunità professionale impegnata in sanità, ma sono riconosciuti come lo snodo fondamentale nella risposta ai nuovi bisogni posti dal cambiamento demografico ed epidemiologico. Dal punto di vista soggettivo, gli infermieri sono impegnati in un intenso processo di sviluppo professionale che li rende una comunità dinamica, più disponibile rispetto ad altre ad accettare le sfide del cambiamento, al fine di modificare il proprio futuro.

Se il terreno del cambiamento è principalmente quello delle aziende e della concreta operatività dei servizi, le istituzioni sono chiamate a orientare il cambiamento e facilitarne la realizzazione. In questa prospettiva gli Enti ordinistici IPASVI della Lombardia propongono al Governo Regionale un impegno congiunto e una alleanza per assicurare ai cittadini una sanità migliore e sostenibile. I terreni di lavoro che gli Enti ordinistici IPASVI propongono sono almeno i seguenti.

1. SKILL MIX CHANGE

Un indicatore semplice, ma spesso efficace, di come i sistemi articolano il contributo della professione medica e di quella infermieristica è il rapporto infermieri/medici. Nei confronti internazionali il nostro Paese, essendo caratterizzato da una medio-alta densità medica e una medio-bassa densità infermieristica, si colloca nelle ultime posizioni nel rapporto infermieri/medici. La letteratura è concorde sul fatto che tale rapporto è destinato ad aumentare per almeno due fenomeni:

- a) la cronicità e la demografia in genere aumentano i bisogni di assistenza (area largamente presidiata dagli infermieri) rispetto a quelli più strettamente clinici;
- b) la crescita culturale e la trasformazione dell'infermieristica permette di allargare il perimetro di azione, alleggerendo il lavoro medico e consentendo ai medici stessi di focalizzarsi sulle aree di cura in cui fanno realmente la differenza (i medici sono una risorsa più scarsa e costosa e vanno impiegati dopo avere "saturato" le potenzialità infermieristiche).



Se guardiamo al personale direttamente impiegato nei SSR e alla evoluzione del rapporto nel tempo (si veda tabella successiva), risulta evidente come la Lombardia, da una parte, non sia, come ci si attenderebbe, tra le prime regioni nella composizione (Veneto ed Emilia Romagna sono intorno a un valore di 3 rispetto al 2,73 della Lombardia) e, dall'altra, non abbia nei sei anni considerati variato la composizione.

Gli Enti ordinistici IPASVI propongono al Governo regionale di assumere per il SSR un obiettivo esplicito (3 infermieri/medico direttamente assunti) da raggiungere in un arco di tempo definito (triennio), con monitoraggi periodici sull'avvicinamento all'obiettivo.

Rapporto infermieri per medico nel SSN

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ABRUZZO	2,43	2,46	2,34	2,34	2,29	2,23
BASILICATA	2,47	2,35	2,38	2,41	2,39	2,45
CALABRIA	1,89	1,91	1,92	1,94	1,97	1,99
CAMPANIA	1,98	2,02	2,01	2,01	2,02	2,02
EMILIA ROMAGNA	2,92	2,91	2,90	2,91	2,91	2,97
FRIULI VENEZIA GIULIA	2,91	2,85	2,84	2,92	2,94	2,85
LAZIO	2,42	2,46	2,48	2,53	2,55	2,59
LIGURIA	2,78	2,85	2,86	2,87	2,85	2,73
LOMBARDIA	2,71	2,72	2,72	2,73	2,74	2,73
MARCHE	2,70	2,71	2,73	2,75	2,76	2,80
MOLISE	2,55	2,66	2,65	2,69	2,70	2,85
PIEMONTE	2,52	2,48	2,53	2,54	2,54	2,57
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	3,45	3,45	3,51	3,44	3,46	3,46
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	2,97	3,08	3,03	2,90	2,92	2,95
PUGLIA	2,32	2,46	2,44	2,49	2,46	2,45
SARDEGNA	2,09	2,11	2,08	2,04	2,04	1,99
SICILIA	1,80	1,84	1,84	1,83	1,86	1,89
TOSCANA	2,62	2,65	2,63	2,62	2,59	2,62
UMBRIA	2,39	2,49	2,49	2,42	2,71	2,86
VALLE D'AOSTA	2,12	2,02	1,90	2,07	1,96	1,97
VENETO	3,02	3,03	3,03	3,10	3,09	3,08
ITALIA	2,48	2,50	2,50	2,51	2,51	2,53

Fonte Centro studi IPASVI su dati Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato, vari anni.

2. REVISIONE DEI CRITERI DI DETERMINAZIONE DEGLI ORGANICI

In considerazione degli elementi presentati nel punto precedente, è divenuto ormai improrogabile, secondo il nostro punto di vista, procedere a una revisione dei criteri di accreditamento relativi al personale, che si ritengono non più adeguati all'attuale contesto sociosanitario lombardo (si ricorda che la DGR 38133 risale al 1998!).

Si rende necessario definire un metodo per la determinazione del fabbisogno di risorse che sia appropriato, flessibile, di facile utilizzo ed in linea con le normative nazionali e regionali di riorganizzazione delle reti ospedaliere e territoriali.

In considerazione del fatto che il personale nelle organizzazioni sanitarie rappresenta un elemento primario di valore e produzione di benessere e salute, è necessario che nella scelta del metodo per la stima del fabbisogno di professionisti siano prese in considerazione quelle che sono ad oggi le evidenze scientifiche disponibili in letteratura.



I risultati degli studi internazionali relativi al personale di assistenza infermieristica, che correlano esiti (*outcome*) delle persone assistite, numero e qualità dei professionisti (*staffing*) ad indicatori di sicurezza e qualità delle cure, consentono di orientare le scelte su questo tema (vedi Nurse forecasting – RN4cast in Europe and Italy – L. Aiken e al. 2014 e Ball e al. 2014 e Sasso e al. 2016). Tutti gli studi sono concordi nel sostenere che organici adeguati consentono di rispondere, in sicurezza e qualità, alla complessità dei bisogni di salute delle persone assistite.

Si ritiene plausibile raggiungere un rapporto ottimale infermiere/persona assistita minimo pari a 1:6 nelle aree di medicina e chirurgia generale e specialistiche, tenuto conto delle variabili riguardanti i progetti di cura e di assistenza di ogni singola persona assistita (setting assistenziali), con contestuale implementazione di modelli assistenziali, quali il *primary nursing* o il *case management* (si veda anche il punto seguente), orientati alla presa in carico della persona assistita e alla continuità delle cure ospedale – territorio.

3. IL CONTRIBUTO DELLA PROFESSIONE NEL CAMBIAMENTO DEL SISTEMA

A partire dalla L.R. 23/2015 fino ai recenti cambiamenti sul versante della cronicità, la Regione Lombardia è impegnata in un ampio e profondo cambiamento di sistema. Il successo dei processi di cambiamento dipende, per una parte non irrilevante, dalla valorizzazione della professione infermieristica e dalle possibilità che ad essa verranno offerte di praticare al massimo delle proprie possibilità. I cambiamenti richiesti al sistema e alle sue aziende si articolano su fronti diversi e devono trovare attuazione nei diversi contesti istituzionali e geografici. È opportuno quindi assicurare un “luogo” di accumulo delle diverse esperienze e di guida complessiva della trasformazione.

Gli Enti ordinistici IPASVI propongono al Governo regionale la costituzione di un tavolo tecnico strutturato (un Osservatorio) che abbia come oggetto il contributo della professione infermieristica alla trasformazione. Il tavolo tecnico dovrà riunirsi con cadenza almeno trimestrale per monitorare lo stato avanzamento delle riforme con particolare riferimento agli aspetti di carattere clinico, organizzativo e gestionale che coinvolgono la professione infermieristica ivi compreso l’implementazione delle Best Practices. Al tavolo dovrà essere assicurata una interlocuzione diretta con le strutture regionali al fine di garantire un intervento rapido nell’assicurare le migliori condizioni per un positivo apporto della professione agli obiettivi della riforma. I temi che fin d’ora risultano di particolare interesse sono: lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi (*primary nursing, case management, chronic care model* ecc.) che coinvolgano anche la libera iniziativa privata del professionista sia in forma singola che associata; la riprogettazione dei percorsi Cure Domiciliari con particolare attenzione agli aspetti riguardanti lo snellimento burocratico e l’accreditamento dei professionisti; il processo di valutazione dei profili per la direzione delle cure intermedie, l’attivazione degli ospedali di comunità a gestione infermieristica.

4. ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DELL’INFERMIERE DI FAMIGLIA (SIF)

Come previsto dalla L.R. 23/2015 un contributo fondamentale della professione ai nuovi assetti di sistema può venire attraverso l’istituzione del Servizio dell’Infermiere di Famiglia SIF. Caratteristiche e vantaggi associati al Servizio sono ormai ampiamente conosciuti, ciò che manca non è la riflessione, ma una concreta sperimentazione che possa dare evidenza dei risultati e al tempo stesso fornire indicazioni preziose per accompagnarne la diffusione.



Gli Enti ordinistici IPASVI propongono al Governo regionale di sostenere economicamente e organizzativamente più sperimentazioni pilota di messa in opera del SIF. La supervisione della sperimentazione sarà affidata a un gruppo di lavoro multi-professionale a livello regionale, con una significativa presenza di MMG. Il gruppo condividerà le diverse fasi progettuali con l'assessorato. Il progetto vedrà inizialmente la definizione del protocollo per la fase sperimentale di istituzione del SIF, che declinerà obiettivi, indicatori, rete a supporto del servizio, processi, attività, strumenti, risorse, tariffazione delle prestazioni, profili ed eventuale fabbisogno formativo. Si ipotizza fin d'ora l'opportunità di prevedere una fase di rilevazione dei bisogni della collettività per meglio calibrare la progettazione del servizio. Infine il gruppo di progetto fornirà supporto e accompagnamento all'implementazione del cambiamento all'interno delle realtà pilota, monitorando la sperimentazione su un arco di 12 mesi. Se a seguito della sperimentazione il SIF sarà inserito in modo definitivo nelle organizzazioni sanitarie pubbliche, è evidente che il sistema sanitario regionale lombardo ancora una volta sarà un modello innovativo di riferimento in Italia.

Nell'immediatezza si attiveranno, con le prossime "regole" regionali (anno 2018), gli ambulatori di comunità a gestione infermieristica; utilizzando gli attuali infermieri delle ASST che si occupano delle cure domiciliari e riqualificazione degli stessi infermieri con l'istituzione del primo livello del Servizio degli Infermieri di Famiglia.

5. LO SVILUPPO DELLA DIRIGENZA INFERMIERISTICA DI I E II LIVELLO

Un nuovo ruolo degli infermieri impone un riassetto dell'organizzazione della professione all'interno delle aziende. I POAS delle aziende in parte riflettono tali esigenze, prevedendo posizioni articolate di dirigenza infermieristica. Il problema è che non sempre le aziende stesse sono in grado di tradurre nella realtà ciò che hanno previsto nel disegno organizzativo. Le ragioni possibili di un ritardo attuativo, particolarmente preoccupante nel caso specifico della dirigenza infermieristica, possono essere varie e andare dalle difficoltà economiche per il finanziamento delle nuove posizioni, alle difficoltà operative nell'organizzare le procedure di selezione e reclutamento. Considerata l'importanza e l'urgenza di garantire una strutturazione adeguata della professione infermieristica nelle aziende, la regione dovrebbe assicurare un intervento significativo a supporto delle aziende. Si propone altresì di prevedere in modo esplicito, negli indirizzi regionali, l'accesso della dirigenza infermieristica anche per la direzione di strutture oggi previste dalla nuova riforma (PreSST, POT, Ospedale di comunità, Centrale dei servizi per i pazienti cronici).

Gli Enti ordinistici IPASVI propongono al Governo regionale una duplice azione di supporto. La prima è di prevedere tra gli obiettivi di valutazione dei Direttori Generali l'attivazione della UOC Direzione delle Professioni Sanitarie e delle connesse direzioni di UU.OO. semplici delle 5 aree infermieristica – ostetrica – tecnica sanitaria – prevenzione - riabilitazione. La seconda è quella di facilitare le procedure di mobilità e di selezione e utilizzo delle graduatorie.

È del tutto evidente che con la nuova organizzazione delle ASST è necessario prevedere una posizione di Dirigente di Struttura Complessa e una posizione di Dirigente di Struttura Semplice per il polo ospedaliero e per il polo territoriale di ogni ASST.



6. LA TARIFFAZIONE DELLE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE E I NUOVI SERVIZI OFFERTI

L'evoluzione epidemiologica e demografica della popolazione, unita allo sviluppo della professione infermieristica, aprono sempre nuove opportunità per una risposta ai bisogni garantita da prestazioni e servizi offerti da infermieri. La diffusione di tali prestazioni passa anche da una migliore identificazione e visibilità delle stesse. Uno sforzo in questa direzione aiuterebbe anche a superare alcuni dibattiti astratti e talvolta ideologici sulle competenze professionali e sui confini tra le diverse professioni.

Gli Enti ordinistici IPASVI si attivano con il Governo regionale per identificare entro il primo semestre del 2018 un nomenclatore di prestazioni infermieristiche che il sistema rende disponibili ai cittadini sia attraverso le proprie strutture sia attraverso quelle accreditate e contrattualizzate. Insieme al nomenclatore dovranno essere definite, laddove non già disponibili, le relative tariffe, insieme alla identificazione di standard richiesti a eventuali soggetti erogatori.

Come obiettivo da raggiungere gli Enti ordinistici IPASVI e il Governo regionale definiscono entro il 2018 il percorso sperimentale per l'erogazione da parte degli infermieri, in piena autonomia, di prestazioni ambulatoriali tariffate. Qui di seguito si fanno alcuni esempi relativi a:

- erogazione di prestazioni di educazione alla salute (gestione dei monitoraggi e dei *device*) per pazienti diabetici, cardiopatici, dializzati, portatori di stomie, addestramento caregiver, educazione/aderenza terapeutica;
- fornitura di ausili e presidi (si pensa alla fornitura di ausili per la mobilitazione e ai presidi necessari, per esempio, alla cura delle stomie e alla cura delle lesioni da pressione);
- ambulatori a gestione infermieristica per le lesioni complesse – avanzate – stomie, dissuefazione dal fumo, allattamento al seno.

Gli Enti ordinistici IPASVI auspicano infine la ripresa del progetto di introduzione dell'infermiere nella rete delle farmacie dei servizi regionali per l'effettuazione delle attività specifiche della professione (attività di educazione sanitaria dell'utenza, rilevazione dei parametri vitali ed attività di prelievo per i più comuni esami di laboratorio ecc.).

7. PROFESSIONE INFERMIERISTICA E SISTEMA DEI PRONTO SOCCORSO

La professione infermieristica è oggi in grado di fornire un contributo rilevante al miglioramento della presa in carico del paziente che accede ai Pronto Soccorso lombardi, alla gestione degli accessi e dei ricoveri impropri e in particolare al miglioramento dell'assistenza del paziente fragile e cronico. Modelli di presa in cura anticipata basata su percorsi clinico assistenziali a conduzione infermieristica per una appropriata gestione della persona sono già operativi in diverse ASST regionali.

Gli Enti ordinistici IPASVI propongono al Governo regionale di istituire un gruppo di lavoro multidisciplinare con il mandato di validare un *framework* comune di gestione del paziente nei PS lombardi e monitorarne l'implementazione nelle diverse realtà aziendali. Inoltre, il gruppo di lavoro dovrà farsi carico dell'individuazione di un percorso dedicato di presa in carico del paziente cronico attraverso l'integrazione con i diversi soggetti istituzionali che operano a vario titolo nel SSR.

A tal fine andranno istituiti appositi percorsi formativi – anche a livello universitario – che consentano una migliore conoscenza presso i professionisti delle reti territoriali.

Infine, gli Enti ordinistici IPASVI lombardi auspicano il potenziamento del Fast Track per ottimizzare le risorse e ridurre i tempi di attesa, l'avvio di sperimentazioni relative all'introduzione del trattamento infermieristico dei quadri patologici minori (cd codici bianchi) secondo il modello del *see and treat* applicato con successo in altre Regioni.



Regione Lombardia
Direzione Generale Welfare
Assessore Avv. Giulio Gallera

Ente Ordinistico IPASVI Bergamo
Dott.ssa Beatrice Mazzoleni

Ente Ordinistico IPASVI Brescia
Dott.ssa Stefania Pace

Ente Collegio IPASVI Como
Dott. Oreste Ronchetti

Ente Ordinistico IPASVI Cremona
Dott. Enrico Marsella

Ente Ordinistico IPASVI Lecco
Dott. Fabio Fedeli

Ente Ordinistico IPASVI
Dott. Andrea Guandalini

Ente Ordinistico IPASVI Milano Lodi Monza Brianza
Dott. Giovanni Muttillo

Ente Ordinistico IPASVI Pavia
Dott. Michele Borri

Ente Ordinistico IPASVI Sondrio
Dott. Tonino Trinca Colonel

Ente Ordinistico IPASVI Varese
Dott. Aurelio Filippini
