

Libro bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia

A cura della redazione

Venerdì 4 luglio è stato presentato il **Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia**, un documento «finalizzato a rendere partecipi tutti gli attori istituzionali e sociali delle riflessioni che Regione Lombardia ha svolto sul sistema sanitario e sociosanitario lombardo».

Questi i principi cardine su cui si basa lo sviluppo del sistema lombardo:

- Conferma della specificità culturale e sociale lombarda: l'affermazione della libera scelta;
- Passaggio dal "to cure" al "to care";
- Organizzazione di un modello che separi le funzioni chiave di programmazione, erogazione delle prestazioni e controllo;
- Articolazione del sistema sanitario organizzato in Agenzie Sanitarie Locali (ASL), Aziende Integrate per la Salute (AIS) e una Centrale unica di committenza.

Il documento è frutto di un percorso condiviso che

ha visto la partecipazione dell'Assessorato alla Salute, Assessorato alla Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato, della Commissione Sviluppo Sanità presieduta dal Prof. Umberto Veronesi, da Eupolis e dagli stakeholder istituzionali e sociali.

I vertici regionali hanno aperto il confronto a chiunque voglia presentare delle proposte. Per questo è possibile trasmettere contributi, scrivendo alla casella di posta

librobianco@regione.lombardia.it

oppure inviandole a Regione Lombardia, Direzione Generale Salute oppure Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato, Piazza Città di Lombardia 1, 20124, Milano.

DI SEGUITO PUBBLICHIAMO IL DOCUMENTO, GIÀ TRASMESSO IN REGIONE ELABORATO DAI COLLEGI IPASVI LOMBARDI E DA TUTTA LA COMUNITÀ PROFESSIONALE DELLA NOSTRA REGIONE.



Il contributo della comunità professionale Infermieristica Lombarda allo sviluppo socio sanitario

5

30 luglio 2014

**Alla c.a.
Presidente Commissione III Sanità
Dottor Fabio Rizzi
fabio.rizzi@consiglio.regione.lombardia.it**

I Collegi Provinciali IPASVI della Regione Lombardia unitamente al Comitato Infermieri Dirigenti sezione Lombardia (CID) agli Infermieri Dirigenti dei Servizi Infermieristici Tecnici e Riabilitativi delle Aziende Sanitarie regionali/ e gli Infermieri Docenti universitari degli Atenei regionali sia pubblici che privati, condividono pienamente il principio ispiratore su cui si basa lo sviluppo del futuro sistema socio-sanitario, che prevede il passaggio dalla "cura" al "prendersi cura". Infatti da sempre l'infermiere non si limita a curare patologie, ma risponde ai bisogni assistenziali della persona, mantenendo e valorizzando l'autonomia residua, in un'ottica olistica di "presa in carico". Tale concezione nell'erogare assistenza infermieristica risulta particolarmente efficace, come ampiamente dimostrato dalla letteratura internazionale con la tipologia di utenti oggi emergente caratterizzata da pluripatologie, patologie ad andamento cronico spesso accompagnate da disabilità. Di fatto il principio del "to care" vs "to cure" è insito nell'assistenza infermieristica sin dalle origini della sua storia moderna. Il documento allegato alla presente vuole essere un contributo della Comunità professione infermieristica lombarda, per la nascita di un sistema sanitario regionale sempre più efficace, come peraltro già anticipato in precedenti nostre comunicazioni, quali il Position Statement poiché si richiedono provvedimenti innovativi e discontinuità dal passato, soprattutto alla luce dei cambiamenti epidemiologici e demografici compiutamente analizzati nel Libro Bianco. In uno scenario regionale futuro, dove l'ospedale e il territorio, il sociale e il sanitario, si ricongiungono

a garanzia della continuità assistenziale, la comunità professionale infermieristica molto può offrire: in particolare si ritiene fondamentale sottolineare il ruolo che l'infermiere può ricoprire in ambito territoriale, in particolare nella presa in carico della persona e della sua famiglia, attraverso l'istituzione, ormai irrinunciabile, dell'infermiere di famiglia o di comunità. Inoltre, nel rivedere la normativa di accreditamento sarà necessario ed utile tener conto in particolare dei modelli organizzativi adottati, privilegiando quelli che garantiscono la personalizzazione dell'assistenza, ad esempio attraverso l'istituzione di equipe polispecialistiche all'interno degli ospedali o degli ambulatori infermieristici, anche attraverso il coinvolgimento di infermieri con competenze specialistiche avanzate. Gli infermieri ritengono che debba essere valorizzata la ricerca e la formazione universitaria al fine di garantire ai cittadini della Lombardia un'assistenza sempre più qualificata e all'avanguardia. Poiché nel documento allegato sono esplicitate solo alcune osservazioni al Libro Bianco ed agli allegati tecnici relativi all'assistenza territoriale ed al sistema ospedaliero, la comunità infermieristica lombarda auspica vivamente un concreto coinvolgimento del gruppo professionale nelle fasi consultive successive, per definire ad una normativa istitutiva del SSSR che sia più efficiente e al contempo garantisca un'adeguata risposta ai bisogni di salute espressi dai cittadini, pertanto rinnova la piena disponibilità ad ogni utile forma di collaborazione.

Cordiali saluti.



ANALISI DEL DOCUMENTO

Pag. 25 Punto 1.1.6 Il processo di aziendalizzazione

Analisi del sistema esistente

"... Nuove logiche di gestione del personale sono state introdotte con l'aziendalizzazione, in particolare la responsabilizzazione della dirigenza, attraverso l'assegnazione di obiettivi e un sistema di valutazione permanente dei risultati ..."

Commenti

Interessante il riferimento ai nuovi assetti organizzativi modulati sulla base di complessità assistenziale e di cura, ma tale concetto non è ripreso nella seconda parte del testo relativa all' "Evoluzione del sistema"

Richiesta di modifica e/o integrazione

Nel nuovo assetto organizzativo sarà opportuno prevedere l'istituzione di strutture semplici e complesse a direzione infermieristica, finalizzate a garantire il necessario raccordo tra l'assistenza erogata alla persone con patologia acute e quelle con polipatologia cronica.

Pag. 64 Punto 1.3.3 Le risorse umane e strutturali: confronto con l'U.E.

Analisi del sistema esistente

"...Di sicuro nella logica della presa in carico del paziente la professione infermieristica gioca un ruolo decisivo e si auspica, anche con le adeguate istanze, che la Lombardia potrà effettuare a livello nazionale, che anche nel nostro paese le competenze dei medici e degli infermieri possano mutare promuovendo una vera logica di equipe nella quale, gli aspetti gestionali ed organizzativi dei percorsi assistenziali possano essere indirizzate in termini di diagnosi e di terapia dai medici ma decisamente attuate e governate da personale infermieristico"

Commenti

Non si evidenzia una formulazione esplicita circa il mantenimento del ruolo di governance già assegnato alla Direzione infermieristica - SITRA (ai sensi della DGR 8 agosto 2003 n. VII/14049).

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si rimanda al commento per la pag. 102 Punto 4.2.4.4. Ipotesi di Aziende Integrate per la Salute.

Pag. 87

la parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"La gestione della cronicità richiede cultura, strumenti, competenze e organizzazioni innovative, un'integrazione e "continuità di sistema" tra i soggetti di tutta la rete dei servizi, che garantisca la continuità individuale del processo di cura. Pertanto l'obiettivo è garantire al malato cronico il miglior compenso clinico, ritardando il danno d'organo, le acuzie, le invalidità e/o disabilità, con conseguenti ricadute sulla riduzione dei consumi sanitari e il contenimento della spesa.

Sono da ricercare e identificare le opportunità di sviluppo (organizzative e istituzionali) per governare la cronicità secondo un modello "sistemico", che integri tra loro tutte le fasi del percorso della persona affetta da condizioni croniche (promozione della salute, prevenzione, cure ospedaliere, cure territoriali, ecc.) al fine di garantire continuità nell'accesso alla rete dei servizi, nonché integrazione e raccordo tra MMG, operatori territoriali, specialisti e mondo ospedaliero."

Pag. 91

"...mancata progettazione, manca un meccanismo che faccia integrazione di risorse e valutazione delle competenze e delle energie della persona fragile e della sua famiglia, per costruire un progetto individualizzato..." / "...Vanno in questo senso promosse tempestivamente progettualità finalizzate alla presa in carico continuativa da parte di MMG e PLS in modo particolare e altre professioni sociosanitarie quali gli infermieri, della persona fragile e della sua famiglia, che vengono indirizzati e orientati correttamente nella rete dei servizi e permettano di definire correttamente il ruolo dei medici stessi nella funzioni di programmazione o di produzione.



Commenti

È condivisibile il trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio e garantire la Continuità assistenziale. Tuttavia è necessario sottolineare che non più procrastinabile la necessità, da più parti auspicata, dell'istituzione della figura dell'Infermiere di famiglia o di comunità (IFC) quale professionista specialista responsabile dell'assistenza infermieristica sul territorio, relativamente alle competenze definite secondo la Legge 42/99. per la risposta ai Bisogni di Assistenza Infermieristica di tipo preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo del cittadino e delle famiglie in ambito territoriale, a cui affidare la funzione di care/case manager - **previsto anche nell'allegato tecnico**

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone, anche sulla base di quanto riportato nella DGR N° X 37 del 16 aprile 2013 inerente la presa d'atto della comunicazione del Presidente Maroni alla Giunta, nella seduta del 16 aprile 2013 "... Risultata indispensabile avviare sperimentazioni di presa in carico integrata a livello territoriale per rispondere ai bisogni delle famiglie, in termini di benessere ed in condizione di prossimità, avvalendosi anche di prestazioni professionali diversificate ed introducendo nuove figure e modalità di lavoro, quali quelle dell'infermiere di famiglia", l'istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFC), quale professionista responsabile dell'assistenza infermieristica sul territorio, relativamente all'ambito delle competenze definite secondo la Legge 42/99 per la gestione dei bisogni assistenziali di tipo preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo del cittadino e delle famiglie in ambito territoriale, così come ampiamente dimostrato dalla letteratura internazionale e da esperienze in ambito nazionale che hanno dato avvio a proposte normative e formative particolarmente innovative, anche in ambito regionale. Inoltre, la figura del care/case manager infermieristico trova naturale espressione nell'ambito della promozione della salute, prevenzione, cure ospedaliere e cure territoriali; egli lavora in equipe con MMG e PLS funge da "punto di riferimento" privilegiato per il cittadino nella presa in carico della persona fragile e della famiglia.

Pag. 99 Punto 4.2.4.1 Regione Lombardia

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"... si avvale di una Struttura tecnica regionale di controllo e promozione dell'appropriatezza e qualità. Tale struttura, nel contesto di indirizzi definiti dalla Giunta, promuove valutazioni di appropriatezza, qualità e di efficacia, oltre a raccogliere, integrare ed elaborare dati e calcolare indicatori sanitari, fondati ed attendibili, da fornire agli organi di governo – a supporto delle decisioni sul territorio – e al cittadino perché possa conoscere, valutare e scegliere in modo responsabile ..."

Commenti

La valutazione della "complessità assistenziale infermieristica" deve essere una modalità sistematica di inquadramento della persona che accede alle strutture socio-sanitarie, al fine di dare giusta collocazione in ospedale e successivamente alla fase acuta in altre strutture adeguate piuttosto che il domicilio. È auspicabile che gli specifici PDTA, sulla base dei quali definire la tariffa omnicomprensiva, siano elaborati da gruppi multiprofessionali e multidisciplinari. È inoltre attesa una rivisitazione della normativa di accreditamento vigente che presenta aspetti non congruenti con le indicazioni di riordino dell'assetto del SSR, in particolare: minuti assistenziali paziente/die, considerati lo standard minimo per quantificare le risorse umane infermieristiche e degli operatori di supporto, i modelli organizzativi che poco si adattano al concetto di "presa in carico", i requisiti strutturali, quali a mero titolo esemplificativo, i sistemi di movimentazione delle persone assistite.

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone l'attiva partecipazione a tale Struttura Tecnica Regionale di Infermieri esperti nella valutazione di appropriatezza, qualità ed efficacia

Pag. 100 Punto 4.2.4.2. Agenzie Sanitarie Locali

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"... Le nuove ASL (Agenzie Sanitarie Locali) garantiscono la corretta attuazione dei LEA per il proprio ambito territoriale di riferimento. Hanno pertanto funzioni di programmazione territoriale sanitaria, sociosanitaria e sociale in collaborazione con i Comuni, di accreditamento dei soggetti erogatori, negoziazione e contrattualizzazione, di controllo dell'appropriatezza delle attività di ricovero, specialistica



ambulatoriale e delle attività sociosanitarie, di vigilanza dell'assistenza e della tutela della salute umana e animale...."

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone l'istituzione di strutture semplici e complesse a direzione infermieristica, finalizzate alla programmazione territoriale, all'accreditamento negoziazione, controllo dell'appropriatezza al fine di garantire il necessario raccordo tra l'assistenza erogata alle persone con patologia acuta e quelle con polipatologia cronica.

8

Pag. 102 Punto 4.2.4.4. Ipotesi di Aziende Integrate per la Salute

Richiesta di modifica e/o integrazione

In considerazione delle indicazioni contenute in diversi autorevoli riferimenti, quali il Libro Bianco, la DGR N° X 37 del 16 aprile 2013 e la Bozza di Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311", oltre ai principi descritti nell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, **si propone** la seguente disposizione: "I POT o gli Ospedali di Comunità, nell'obiettivo di rispondere alla necessità di gestione dei ricoveri a bassa intensità clinica, ma frequentemente ad elevata complessità assistenziale, come spesso accade coi pazienti cronici, sub acuti o nelle cure intermedie non gestibili a livello domiciliare, vengano definiti "a gestione infermieristica" secondo il modello della complessità assistenziale; tale provvedimento consentirà di erogare una risposta ai bisogni di salute efficace, personalizzata e mirata, evitando sprechi di risorse, così come ridondanza o assenza di risposte.

Si propone inoltre, sulla base dell'art. 22 del Patto della Salute licenziato il 10 luglio u.s. e sulla Bozza di Accordo Stato Regioni sulla ridefinizione delle competenze avanzate e specialistiche della professione infermieristica, che nelle nuove strutture territoriali e forme organizzative di raccordo ridefinite nel Sistema Socio Sanitario Regionale, si tenga conto in modo sostanziale della necessità di disporre di specifiche capacità organizzativo-strategiche proprie della dirigenza Infermieristica. La strutturazione del ruolo di governance delle attività professionali sanitarie e tecniche, posto sotto la direzione di professionisti con laurea magistrale e appartenenti alla medesima area disciplinare, permetterà il raggiungimento di adeguati standard di qualità nell'ambito dell'intera organizzazione e l'implementazione di nuovi modelli organizzativi, finalizzati sia alla gestione efficiente delle risorse umane, sia alla più appropriata risposta ai bisogni di salute, ottimizzando e contenendo le risorse economiche (grazie alle innovative esperienze, quali il care/case manager, organizzazione per complessità assistenziale, cronical care model, ecc...) come già dimostrato negli ambiti delle ASL e delle A.O.

Tale riscontro dovrà avvenire attraverso il potenziamento e la valorizzazione della specificità dirigenziale, per una reale razionalizzazione dei servizi e l'utilizzo efficiente ed efficace delle risorse, anche attraverso l'applicazione del DPCM 25/01/2008 concernente la "Disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica".

Pag. 105 Punto 4.2.5 Il sistema di finanziamento regionale

la parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"... nella distinzione fra patologia acuta e cronica, l'ASL si trova ad affrontare due tipologie ben distinte di situazioni di diagnosi e cura"

Commenti

Per la cronicità è interessante la soluzione proposta di una tariffa omnicomprensiva, un sistema di rimborso centrato non più sulla patologia ma sul paziente e il suo percorso (remunerazione a "Budget di cura")

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone che la presa in carico della persona cronica al domicilio coincida a monte con l'individuazione



del case manager - medico, infermieristico o riabilitativo a seconda la prevalenza dei bisogni- che risponde dei risultati; tale presa in carico va remunerata sulla base della complessità/intensità della risposta del/dei professionisti coinvolti e la necessità di impiego di risorse tecnologiche (ausili, presidi, teleassistenza, diagnostica al domicilio, ecc).

Pag. 104/105 Punto 4.2.4.6 Centrale unica di committenza

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"... nell'assetto che si prefigura con il quadro della riforma sanitaria, vi è un'unica Azienda regionale di coordinamento degli acquisti"

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone di prevedere anche l'inserimento di personale infermieristico per la competenza sugli aspetti tecnici di stesura dei capitolati, di valutazione dei beni e dei servizi offerti, in particolare sull'aderenza ai contratti stipulati, di formazione degli operatori sull'utilizzo della tecnologia per l'assistenza.

Allegato tecnico: L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Pag. 6 Punto 3 Obiettivi e indirizzi per la razionalizzazione del sistema:

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"... 4) Consentire la veloce e sicura/protetta dimissione di pazienti in presidi territoriali.

6) Ridurre le degenze, anche attraverso una loro riorganizzazione attraverso logiche di multidisciplinarietà, multiprofessionalità, intensità di cura e complessità assistenziale ..."

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone di individuare infermieri competenti responsabili delle dimissioni protette in ogni AIS, che identificano il potenziale bisogno già al momento dell'ammissione in ospedale (es. valutazione con scala di Brass per tutti i ricoverati); individuare "operation manager" infermieristici responsabili di ottimizzare le risorse.

Pag. 11 - Punto 5 Proposte per la razionalizzazione della rete ospedaliera

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"...Le AIS ... devono porsi gli obiettivi di consolidare le vocazioni di ogni ospedale, attuare gli accorpamenti strutturali che consentano l'eliminazione o la riduzione di sprechi, sviluppare su scala maggiore le integrazioni già esistenti e promuoverne di nuove".

Commenti

Risulta interessante la richiesta ai diversi Presidi ospedalieri di "l'esplicitazione/ridefinizione" delle vocazioni assistenziali all'interno della rete di offerta". Tuttavia appare necessario correlare un'adeguata formazione degli operatori.

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone che, una volta stabilita la riconversione delle attività erogate a seguito di tale assegnazione, si preveda necessariamente un'adeguata formazione del personale infermieristico assegnato alla struttura, al fine di garantire la sicurezza dell'Assistito e degli Operatori stessi.

Pag. 13 - Punto 3. Ospedali di prossimità territoriale

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"... L'accesso a questi presidi avverrà su prescrizione del CSST, MMG o PDF o degli ospedali per acuti per il post ricovero".



Commenti

Considerando la rilevanza attribuita all'infermiere di famiglia o di comunità si ritiene necessario che l'accesso a questi Presidi avvenga anche su indicazione/richiesta dell'infermiere di famiglia/comunità ..."

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone di inserire tra le professioni che possono prescrivere l'accesso a questi Presidi anche dell'infermiere di famiglia o di comunità, in considerazione delle funzioni professionali e della presa in carico che si realizza in modo continuativo e globale (case/care manager)

10

Pag. 16 - Punto 6 Proposte sul nuovo modello di ospedale: l'ospedale a cure integrate

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"... L'organizzazione dell'ospedale deve essere improntata al principio di **chiara distinzione delle Responsabilità: i medici sui processi di diagnosi e cura; gli infermieri sulle funzioni assistenziali:** assicurare l'applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche definite dai medici, l'alimentazione, l'idratazione, l'eliminazione urinaria e intestinale, il movimento, il riposo e il sonno, la funzione cardio-circolatoria, un ambiente sicuro e l'interazione nella comunicazione;

e pag. 18

"... Per ogni paziente attribuito alla propria responsabilità, il medico referente deve assicurarsi che gli infermieri, nell'ambito delle **unità di degenza**, applichino correttamente le procedure diagnostiche e terapeutiche definite dai medici, garantiscano i bisogni assistenziali segnalando al medico referente ogni informazione rilevante che riguarda l'efficacia della cura."

Nell'ambito delle **unità di degenza** la corretta assistenza e la distribuzione di **compiti, funzioni e responsabilità degli infermieri e del personale socio-assistenziale sarà affidata ad un Coordinatore Infermieristico (Capo Sala)** e alla Direzione dell'Assistenza infermieristica, secondo il modello organizzativo adottato dall'ospedale.

Commenti

Nel documento, in differenti passaggi è congruamente determinato che la responsabilità degli infermieri verte sugli ambiti di competenza, così come peraltro definito nel Profilo professionale, (DPR 739/'94) ma il **controllo sull'esercizio professionale** è, nel documento, declinato con una doppia attribuzione: al Medico referente ed al Coordinatore infermieristico della "U.O."

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si ritiene necessario l'eliminazione del 2° capoverso – Pag. 16: "Per ogni paziente attribuito alla propria responsabilità, il medico referente deve assicurarsi che gli infermieri, nell'ambito delle unità di degenza, applichino correttamente le procedure diagnostiche e terapeutiche definite dai medici, garantiscano i bisogni assistenziali segnalando al medico referente ogni informazione rilevante che riguarda l'efficacia della cura."

Nella piena applicazione delle responsabilità individuate **si ritiene necessario** che nelle indicazioni di pag. 18-3° capoverso, sia previsto che "il medico referente, quando predispose il piano di dimissione dei pazienti e di verifica periodica della sua efficacia, **lo concordi** (per gli aspetti attribuiti agli infermieri sulle funzioni specificamente assistenziali) con il personale infermieristico e coinvolga il personale Socio - Sanitario.

Pag. 18

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

Nell'ambito delle **unità di degenza**, la corretta assistenza e la distribuzione di **compiti, funzioni e responsabilità degli infermieri e del personale socio-assistenziale sarà affidata a un Coordinatore Infermieristico (Capo Sala)** e alla Direzione dell'Assistenza infermieristica, secondo il modello organizzativo adottato dall'ospedale.



Richiesta di modifica e/o integrazione

Viene citata una "Direzione dell'AI" per la gestione degli Infermieri/personale Socio assistenziale, ma la normativa vigente in Regione Lombardia definisce l'esistenza del Servizio/Direzione infermieristica, tecnico e riabilitativo aziendale, pertanto non riferibile alla sola componente infermieristica.

Pag. 19

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

Per eliminare e ridurre gli sprechi derivanti dalla gestione frammentata e diffusa, che ancor oggi caratterizza molti ospedali, si propone di individuare un **responsabile**, o una unità organizzativa negli ospedali più complessi e con molteplici presidi, **per la gestione operativa e logistica della struttura ospedaliera** (letti, sale operatorie, ambulatori, sale diagnostiche), che faccia riferimento alla Direzione Generale e che abbia professionalità e esperienza **non necessariamente medica**.

Commenti

Si evidenzia la mancanza di specifiche connotazioni di competenza per il ruolo designato, pur essendo presenti sul territorio regionale consolidate esperienze di gestione infermieristica delle attività descritte. Si propone pertanto di esplicitare in modo definito il ruolo di bed-manager storicamente ricoperto, anche secondo le indicazioni scientifiche internazionali, dall'infermiere.

Pag. 19

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

Direzione alberghiera che gestisce tutti gli aspetti legati all'accoglienza e ospitalità (es. parcheggi, trasporti, portineria, reception, informazioni, ristorazione, pulizie, guardaroba, comfort ambientale, distributori automatici, intrattenimento, accesso all'informazione e alla comunicazione per gli ospiti, negozi, security, ecc.) per soddisfare al meglio ogni necessità in questi ambiti. Il Responsabile non deve essere né medico né sanitario, ma provenire da esperienze e preparazione nel mondo dell'hotellerie.

Commenti

Tra le attribuzioni annoverate nella "funzione alberghiera" (accoglienza ed ospitalità) le funzioni relative a ristorazione, pulizie e guardaroba hanno diretto impatto sui risultati del processo clinico assistenziale. Si propone pertanto di escludere funzioni relative a ristorazione, pulizie e guardaroba da "funzione alberghiera" alla luce del diretto impatto che tali attività hanno sui risultati della performance sanitaria.

Pag. 23 – GOVERNANCE

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

Il **Direttore Generale ASL**, coadiuvato da un direttore sanitario, da un direttore amministrativo, un direttore all'integrazione sociosanitaria e un comitato strategico...

La governance delle Aziende-ASL potrebbe essere articolata funzionalmente in: a) **comitato dei direttori sanitari amministrativi dei presidi ospedalieri** della ASL di competenza (se previsti); b) un **comitato di integrazione tra ASL e enti locali del territorio**.

Commenti

È necessario che la governance delle ASL, veda integrata nel comitato strategico e nel Comitato dei direttori Sanitari/Amministrativi, la partecipazione a pieno titolo dei Direttori SITRA dei presidi ospedalieri, provvedimento auspicabile **anche per la parte territoriale**.

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone di integrare il "Direttore/DIRIGENTE SITRA" anche per la parte territoriale.



Allegato tecnico: L'ASSISTENZA TERRITORIALE

Il ruolo dell'Infermiere è delineato nel documento in diversi passaggi:

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

Pag. 6

"Linea guida 1: Presa in carico "globale" dell'individuo e della famiglia"

Pag. 9

"Figure infermieristiche, anche con l'obiettivo di sperimentare ruoli di Care Manager/Infermiere Tutor"

Pag. 11

"L'infermiere evolve nella direzione di Care Manager, ovvero identifica le esigenze assistenziali di tipo infermieristico (assistenza domiciliare, controllo dei parametri, educazione sanitaria, ...) e ne coordina l'erogazione".

Commenti

Si evidenzia l'infermiere in diversi passaggi. Tuttavia in altri non risulta chiaramente esplicitato quale professionista dovrà ricoprire il nuovo ruolo introdotto di case manager finalizzato al raggiungimento del progetto personalizzato che tenga conto degli obiettivi di salute da raggiungere.

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone che l'obiettivo di sperimentare ruoli di Case manager/Care manager sia attribuito all'infermiere di famiglia o di comunità. Come anticipato in precedenza, si propone inoltre che siano attivati ambulatori infermieristici in Ospedale ma soprattutto sul territorio, ambulatori dove sono presenti infermieri e altre figure professionali con competenze specialistiche, che possono essere distinti in ambulatori di 1° livello e di 2° livello o di primo intervento. Da implementare anche le attività infermieristiche di ospedalizzazione domiciliare per le cure palliative non solo oncologiche sia per l'area degli adulti che pediatrica. Questo sistema consente di contenere il numero e la durata dei ricoveri ospedalieri e di assicurare la migliore assistenza possibile, avvantaggiando sia il singolo bambino (miglioramento della qualità di vita e benessere psicofisico del bambino e del nucleo familiare) sia la collettività (indubbia riduzione della spesa sanitaria per diminuzione dei cosiddetti «ricoveri impropri»).

Pag. 11 La Governance del Centro Sociosanitario Territoriale dovrà essere garantita dal Servizio Sanitario Regionale, in modo da garantire le attività di analisi del bisogno, indirizzo e regolamentazione, programmazione, contrattualizzazione e controllo dei servizi che verranno erogati nel Centro, dai possibili diversi fornitori (e.g. gruppi di medici di famiglia, assistenti sociali, infermieri, ...). La gestione dei servizi potrà essere realizzata in forme differenti (cooperative, società di servizi, ecc.).

Commenti

Si evidenzia che la governance del CCST diversamente da quanto espresso per il polo ospedaliero, non è declinata nella sua articolazione organizzativa. E' inoltre sottolineato che la gestione dei Servizi potrà essere realizzata attraverso forme differenti (cooperative...)

Inoltre, nulla si afferma in relazione alle attuali posizioni dirigenziali (esistenti) infermieristiche operanti presso le attuali ASL

Si ritiene opportuno dettagliare l'articolazione organizzativa con cui si intende declinare la governance del CCST, enumerando tra gli attori individuati la direzione infermieristica, SITRA, Direzione Assistenziale.

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si ritiene opportuno inoltre che siano esplicitati idonei criteri di accreditamento degli Enti che erogano servizi di natura socio-assistenziale (ad esempio le RSA) al fine di garantire il rispetto dell'obiettivo primario, che è volto alla continuità assistenziale ospedale/territorio ed alla qualità dell'assistenza erogata.

