



Supplemento al
n. 3+4 - ANNO 2016
Rivista Trimestrale Collegio IPASVI di Lucca
Reg. Trib. di Lucca n. 690/98

Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n.46) art. 1, comma 2, DCB Lucca

focus infermiere



IPASVI

10°
CONGRESSO
PROVINCIALE
IPASVI LUCCA

12 MAGGIO 2016

Supplemento al n. 3+4 / 2016 di focus infermiere

i14

DUEMILASEDICI

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE SALUTO DELLA PRESIDENTE DEL COLLEGIO IPASVI DI LUCCA

di **Maria Cristina Orsi** - segue dalle pagine precedenti

i2
X congresso provinciale ipasvi lucca

rinnovi contrattuali diventino funzionali e strutturali ai processi di riorganizzazione in atto nel Servizio Sanitario Nazionale... In questo quadro... va attuato quanto previsto sia dall'articolo 6 della legge 43/06 che istituisce la posizione di - Professionista Specialista - che quanto contenuto nei decreti istitutivi dei 22 profili professionali ex terzo comma dell'art.6 del dlgs 502/92 che già dal 1994 prevedevano l'istituzione di aree di formazione complementare post diploma...".

Infine, ha sottolineato alcune iniziative intraprese con la Federazione Nazionale dei Collegi "...Concretizzando l'impegno assunto con la Presidente nazionale IPASVI, Barbara Mangiacavalli, ho convocato per il giorno 25 maggio alle ore 10.30 presso il Ministero della Salute il Tavolo tecnico sulla Professione Infermieristica Alcune problematiche che saranno al centro del Tavolo tecnico per la professione infermieristica e per le quali elaborare le relative proposte:

- linee guida relativamente all'Assistenza Residenziale: anziani, pazienti psichiatrici, rems;
- linee guida relativamente agli standard ospedalieri/territoriali di riferimento per le dotazioni organiche comprensive di linee di indirizzo per la gestione delle risorse con prescrizioni.
- linee di indirizzo per l'appropriato utilizzo di risorse umane all'ingresso del percorso e al termine dello stesso per i professionisti con età maggiore ai 55 anni o impegnato in attività ad elevata usura.
- linee guida relativamente agli ambiti di competenza avanzata e delle conseguenti aree di prescrittività infermieristica;
- linee guida per la definizione di attività dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) secondo quanto previsto dal vigente accordo in materia;
- linee di regolamentazione dello sviluppo dell'Assistenza Infermieristica nell'ambito di comunità, cure domiciliari, servizi ambulatoriali e territoriali;
- linee di indirizzo per la regolamentazione, negli ambiti socio assistenziale sanitario a regi-

me privato convenzionato e non, dell'utilizzo e riconoscimento dell'infermiere;

- linee guida per l'attuazione di quanto previsto dall'art.1, comma 3 della legge 251/00 e cioè "l'attribuzione in tutte le Aziende Sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di Assistenza Infermieristica e delle connesse funzioni; la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata;"
- definizione/ridefinizione dei percorsi di studio degli Infermieri e dei modelli formativi utilizzabili;
- sviluppo dell'attività di ricerca infermieristica;
- elaborazione di proposte per l'individuazione delle competenze degli Infermieri Specialisti in attuazione dell'articolo 6 della legge 43/06 nelle aree indicate dalla proposta di Accordo Stato-Regioni sulle competenze avanzate e specialistiche delle professioni infermieristiche..".

Per noi Infermieri è una sfida: siamo chiamati a dare il nostro contributo, le nostre idee per sviluppare il nostro SSN. Perché lo slogan di quest'anno, lanciato dall'International Council of Nurses, nel suo documento, stilato in occasione di questa giornata è: "Il cambiamento in Sanità parte da noi". Una forza per cambiare e migliorare la resilienza dei sistemi sanitari.

La Consociazione Nazionale Associazioni Infermieri (CNAI), infatti, ha messo a disposizione di tutti gli Infermieri italiani la traduzione in lingua italiana del documento prodotto dall'International Council of Nurses (ICN).

Il tema per il quale si chiede di riflettere riguarda la capacità di migliorare la resilienza dei Sistemi sanitari. Nel documento sono esposti i suggerimenti per migliorare la capacità delle organizzazioni e dei singoli Professionisti di resistere alle sollecitazioni e turbolenze dei contesti in cui gli Infermieri operano. "Il ruolo degli Infermieri è ancora troppo marginale nei diversi ambiti politici del nostro e di altri Paesi".

Nel documento si spiega come raggiungere tutti coloro che ne hanno bisogno e offrire Servizi di assistenza sanitaria di qualità centrati sulle persone (people-centred), e si indica nella "scarsità di Personale sanitario qualificato, compresi gli Infermieri... come uno degli ostacoli più grandi per raggiungere l'efficacia dei Sistemi Sanitari. L'investimento nel Personale resta basso..." si legge "e nelle proiezioni future... i Paesi a basso reddito, si troveranno ad affrontare un divario crescente tra l'offerta e la domanda di Operatori Sanitari".

L'importanza degli Infermieri si estende anche alla lotta alle disuguaglianze: "Siccome gli Infermieri vedono quotidianamente esempi di disuguaglianza (inequity)..." si spiega "...è evidente che gli Infermieri hanno un ruolo significativo da giocare nel contribuire a sistemi solidi nella loro pratica quotidiana".

Per quanto riguarda la Resilienza, il documento spiega che "i sistemi sanitari resilienti, ossia capaci di prepararsi e rispondere in modo efficace alle crisi, sono essenziali per fornire una copertura sanitaria universale".

"Gli Infermieri offrono un importante contributo per lo sviluppo e il mantenimento della Resilienza nei Sistemi Sanitari. Essi contribuiscono allo sviluppo dei Servizi; alla supervisione e crescita degli altri membri del team; lavorano prendendo le parti dei Pazienti, coloro che li assistono e le comunità; raccolgono dati e orientano lo sviluppo delle prove di efficacia... Gli Infermieri leader dovrebbero essere presenti a tutti i livelli del Sistema Sanitario al fine di partecipare alla costruzione di politiche sanitarie che siano basate sui bisogni della popolazione".

In quest'ottica, diventa fondamentale la collaborazione interprofessionale "...come una soluzione innovativa per rafforzare i Sistemi Sanitari..." puntando su "...La formazione interprofessionale (IPE)... (che) ...prepara gli Operatori sanitari per la collaborazione interprofessionale ed è il precursore essenziale della pratica collaborativa. La pratica collaborativa interprofessionale

(IPCP) crea del Personale sanitario forte e flessibile con Professionisti capaci di condividere le migliori pratiche cliniche di fronte alle opportunità e alle sfide. La pratica collaborativa rappresenta l'opportunità per gli Infermieri di massimizzare le loro capacità e impiegare le loro competenze al massimo grado".

Ma non termina qui il documento. Continua chiedendo agli Infermieri di orientarsi verso la salute delle popolazioni. "Siccome l'Assistenza Infermieristica mette al centro le persone, comprendiamo la necessità di bilanciare tra Sistemi sanitari focalizzati sulla malattia e Sistemi sanitari focalizzati invece sulla popolazione.

Gli Infermieri possono prendere le parti per sostenere, nella loro pratica, un approccio orientato alla salute delle popolazioni".

Gli Infermieri vengono dunque investiti di un ruolo fondamentale nel guidare il cambiamento: "Con la riprogettazione dei Sistemi Sanitari e la piena partecipazione degli Infermieri alle politiche, potremo essere meglio attrezzati per fornire assistenza di qualità a tutti, anche nei momenti di crisi".

Con questo concludo questo mio intervento e auguro a tutti un Buon 12 Maggio 2016.

Maria Cristina Orsi
Presidente Collegio IPASVI di Lucca


i3
evoluzione competenze infermieristiche
i1

X° CONGRESSO PROVINCIALE IPASVI LUCCA EVOLUZIONE DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE

di **Catia Anelli**



Dott.ssa Catia Anelli
Vicepresidente Consiglio Direttivo
Responsabile Progetti Formativi e Sistema Formativo
Collegio IPASVI Lucca
Professore a contratto Università di Pisa

i4

i5

X congresso provinciale ipasvi lucca

Per capire come stanno evolvendo le competenze infermieristiche negli anni è necessario partire dall'analisi del contesto attuale. In questi anni sono cambiati i bisogni dei Cittadini a causa dell'invecchiamento della popolazione ed il conseguente aumento delle malattie degenerative. Questo ha portato richieste di nuovi interventi e prestazioni sanitarie a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Si è determinata l'esigenza di trovare e sperimentare **nuovi modelli organizzativi e nuovi processi di lavoro che aumentino l'efficienza e l'appropriatezza** del Sistema stesso, tenendo conto della **carenza del numero di Infermieri che sono una risorsa fondamentale** per la Sanità Iniziativa.

Sanità d'Iniziativa significa andare verso il Cittadino, costruire reti multiprofessionali di presa in carico e di continuità assistenziale; ampliare l'Assistenza attraverso Ospedali di Comunità, Case della Salute, Servizi ambula-

tori di **prossimità** e nel domicilio.

Le norme Legislative a cui dobbiamo far riferimento sono:

- il D.M. 739/94;
- la bozza di accordo di Stato-Regione D. Lgs 281/97;
- la Legge 43/06;
- la Legge 190/2014 – comma 566;
- il Patto per la Salute 2014/2016.

I cambiamenti *che stanno avvenendo nella nostra Sanità, sono finalizzati a creare una cultura di tipo manageriale e aziendale sulla Responsabilità e sulla Competenza dei Professionisti: per questo sono necessari nuovi Modelli che portino ad un avanzamento delle competenze infermieristiche e dei cosiddetti processi produttivi sanitari.* Qui di seguito illustro quello che secondo la Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri rappresenta **l'evoluzione delle competenze infermieristiche**, che vede l'espansione delle competenze, in senso manageriale, ma anche l'approfondimento delle competenze verso la clinica, con il riconoscimento della Laurea

Magistrale.

Per poter progredire nello sviluppo delle competenze è necessario valutare il fabbisogno di Personale Infermieristico, necessario per i prossimi anni, non solo nella nostra realtà locale e regionale, ma anche a livello nazionale ed europeo.

A questo proposito, il Ministero della Salute, insieme all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ha elaborato un Modello di analisi per la **determinazione del fabbisogno del Personale** proposto nell'ambito del Progetto Europeo *Health Workforce Planning and Forecasting*. Obiettivo del Progetto è stato quello di creare una piattaforma di collaborazione tra gli Stati Europei che consenta, sfruttando il valore aggiunto della cooperazione, di affrontare al meglio, prospettando possibili soluzioni, la carenza di Professionisti Sanitari in Europa, stimata in circa **un milione di Professionisti Sanitari nell'anno 2020**.

Inoltre, si vuole migliorare le metodologie e le capacità di pianificazione nei Paesi europei, in termini di efficacia e sostenibilità delle azioni da intraprendere a favore del Personale Infermieristico.

Il rapporto, partendo dalla Stima della domanda di Infermieri, ha effettuato un'analisi dell'attuale contesto socio-sanitario, constatando che non abbiamo, dati scientifici per determinare il fabbisogno di Personale.

E' possibile valutare la presenza di Infermieri nei Servizi sanitari misurato sul **"I numero di teste (headcount)"**. Questo è l' indicatore utilizzato nell'ambito del Progetto Europeo *Health Workforce Planning and Forecasting* per evidenziare il rapporto Infermieri/popolazione che nei Paesi dell'Unione Europea è pari a 9.1 Infermieri per 1000 abitanti, mentre in Italia è pari a 6 Infermieri per 1000 abitanti.

Ci sono, però, dei fattori di correzione della capacità assistenziale complessiva degli In-

fermieri, da tenere in considerazione chiamati **"Quantità fattuale di assistenza degli Infermieri"** e sono:

- I contratti a tempo parziale
- Le inidoneità al lavoro
- Le assenze per effetti della Legge 104/92
- L'effettuazione costante nel tempo di funzioni dirigenziali, di coordinamento e di insegnamento.

L'incidenza dei fattori di correzione è significativa, se si leggono i dati seguenti:

- I contratti a tempo parziale: 27361 Infermieri, pari al 10%; correttivo FCN pari a 0,9 circa 30000 Infermieri,
- Le inidoneità al lavoro e assenze per effetti della Legge 104/92: circa 11100 Infermieri, pari al 3%,
- L'effettuazione costante nel tempo di funzioni dirigenziali: circa 4000 Infermieri
- Funzioni di Coordinamento: circa 35000 Infermieri,
- Funzioni di Insegnamento: circa 1000 Infermieri.

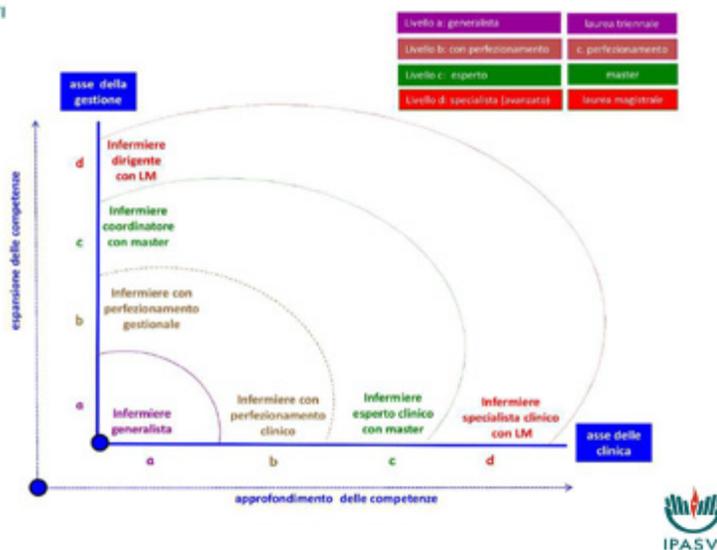
Nel contesto del Progetto Europeo *Health Workforce Planning and Forecasting*, **la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha proposto il modello EUHWFORCE**, realizzato da AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, ndr) con il Ministero della Salute, simulando tre tipi di scenari: possibili nei prossimi anni, relativi al fabbisogno di Personale Infermieristico in Italia:

- Scenario 1 **"pessimista"**
- Scenario 2 **"realista"**
- Scenario 3 **"ottimista"**

Nello Scenario 1 **"pessimista"** viene ipotizzato un fabbisogno di Infermieri pari a 6.3 Infermieri per 1000 abitanti; in questo caso **si crea un fabbisogno di ulteriori circa 17.000 Infermieri rispetto al dato attuale** (6 Infermieri per 1000 abitanti).



Evoluzione delle competenze:



evoluzione competenze infermieristiche

X° CONGRESSO PROVINCIALE IPASVI LUCCA EVOLUZIONE DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE

di **Catia Anelli** - segue dalle pagine precedenti

Nello Scenario 2 **"realista"** viene ipotizzato un fabbisogno di Infermieri pari a 6.5 Infermieri per 1000 abitanti; in questo caso **si crea un fabbisogno di ulteriori circa 30.000 Infermieri rispetto al dato attuale** (6 Infermieri per 1000 abitanti).

Nello Scenario 3 **"ottimista"** viene ipotizzato un fabbisogno di Infermieri pari a 7 Infermieri per 1000 abitanti; in quest'ultimo caso **si crea un fabbisogno di ulteriori circa 60.000 Infermieri rispetto al dato attuale** (7 Infermieri per 1000 abitanti).

A questo punto la domanda da porci è la seguente: quale rapporto può esserci tra il Modello di analisi per la determinazione del fabbisogno del Personale, proposto dalla FNC (Federazione Nazionale Collegi) e la necessità di avere Infermieri con competenze avanzate? **Ma ancora dobbiamo chiederci:** quanti Infermieri collocati nei diversi servizi? Di che quale tipo? Dove? Sul Territorio, in Ospedale?

Noi condividiamo la posizione della FCN che, partendo dallo scenario realista, si orien-



ta verso quello ottimista dove si ipotizza un fabbisogno di Infermieri pari a 7 per 1000 abitanti, con un fabbisogno di circa 60. 000 Infermieri rispetto al dato attuale.

E' da notare che ci sono notevoli differenze nella collocazione della risorsa infermieristica fra i Sistemi sanitari delle diverse regioni d'Italia. Per questo **riteniamo che sia necessario ridisegnare**, in modo più uniforme, **il fabbisogno di risorse infermieristiche** da assegnare alle varie Regioni.

Vi è l'esigenza di **individuare**, poi, all'interno delle risorse infermieristiche assegnate, la necessità di **Professionisti con competenze avanzate** (tipologia e dislocazione).

In Toscana, e poi a cascata, nelle tre ASL di nuova costituzione **è necessario rivedere gli organici**, alla luce dello studio della FCN, orientandosi, in una prima fase, verso lo scenario **"realista"** e, in una seconda fase, verso lo scenario **"ottimista"** partendo da:

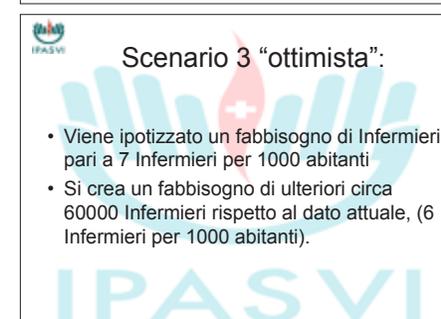
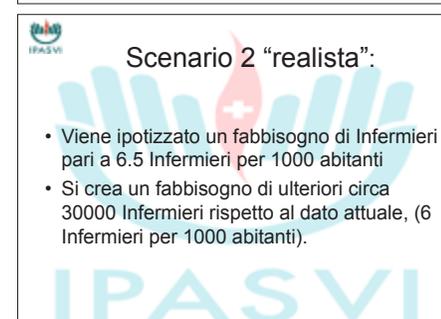
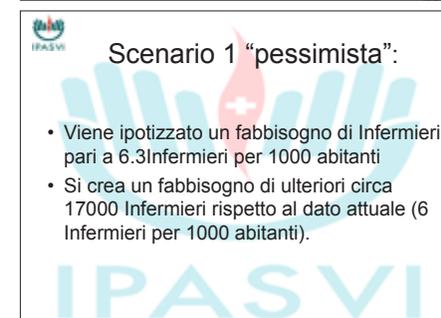
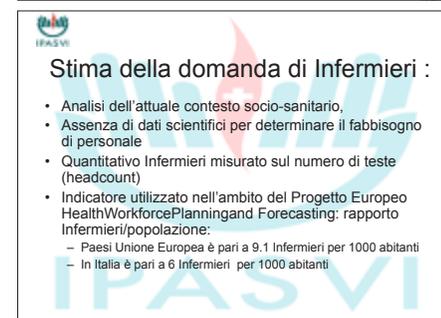
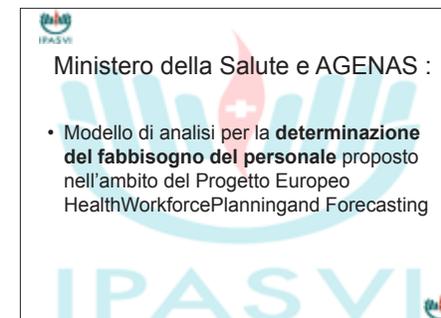
- Il rapporto Infermieri¹ e Operatori Socio-Sanitari² ricordando **le specifiche competenze**.

- Il numero di **Infermieri con competenze avanzate** necessari per tipologia, **da inserire nelle diverse realtà (ospedale-territorio)**.

¹ "L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa..." art.2 DM 739/94.

² l'Operatore Socio Sanitario è colui che, a seguito dell'Attestato di Qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario; favorire il benessere e l'autonomia dell'utente..." Conferenza Stato Regioni del 22 Febbraio 2001.

Alcune slide che accompagnano la relazione della Dott.ssa Catia Anelli riportata nelle pagine precedenti



X congresso provinciale ipasvi lucca

evoluzione competenze infermieristiche

RIORDINO ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

di Anna Reale

La Legge Regionale 28 dicembre 2015 n. 84 dispone il **riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo** del **Sistema Sanitario Regionale ed ha comportato modifiche** alla Legge Regionale n.40/2005. Vediamone insieme i principali aspetti. In particolare, quello che interessa la Professione Infermieristica.

Art. 69 bis, riguardante i Dipartimenti delle Aziende Sanitarie Locali, come strumento organizzativo ordinario di gestione delle Aziende sanitarie stesse.

Quanti e quali saranno i Dipartimenti?

Si prevedono **quattro Dipartimenti** ed in particolare:

1. Dipartimenti di tipo Ospedaliero;
2. Dipartimenti Territoriali;
3. Dipartimento della Medicina generale;
4. Dipartimenti delle Professioni.

E' importante vedere che, fra i vari Dipartimenti, ci sarà:

- il **Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche** oltre che;
- il **Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie e della Riabilitazione e della Prevenzione**;
- il **Dipartimento del Servizio Sociale**.

La Direzione del Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche sarà affidata ad uno dei dirigenti con incarico di direzione delle unità operative complesse aggregate nel dipartimento, e rimarrà titolare della struttura complessa cui è preposto.

Questo Dirigente sarà nominato dal Direttore Generale, su proposta del Direttore Sanitario.

Ogni Azienda definirà la propria organizza-

zione dipartimentale attraverso lo Statuto.

Si prevede la presenza di un **Comitato di Dipartimento**, organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e di verifica, che dovrà esprimere pareri e supportare il Direttore di Dipartimento nel processo di negoziazione degli obiettivi di budget.

Il Comitato di Dipartimento è presieduto dal Direttore di Dipartimento ed è composto dai Responsabili delle Unità Operative complesse e semplici e da altre componenti professionali che partecipano ai percorsi assistenziali del dipartimento.

Le funzioni del Dipartimento sono di tipo **programmatorio** e di tipo **gestionale allocativo e operativo**.

I Membri del Dipartimento (COSA FANNO?) organizzano e gestiscono le attività e le risorse assistenziali e umane, (DOVE?) presenti nelle aree organizzative di presidio e delle unità funzionali dei distretti e della prevenzione, (COME?) rispettando le linee guida generali e della programmazione della Direzione aziendale.

Promuove:

- le integrazioni e le sinergie necessarie allo sviluppo delle risorse professionali ed il loro impiego più efficiente ed appropriato;
- la responsabilità ed autonomia professionale nei percorsi assistenziali e nel processo di presa in carico del Paziente;
- la valorizzazione delle competenze di base e specialistiche, anche attraverso la formazione permanente e la ricerca dei componenti le équipe assistenziali;
- le relazioni con gli altri Dipartimenti aziendali nel rispetto dei diversi mandati.



Dott.ssa Anna Reale
Direttore Infermieristico ex ASL 12 Versilia

IL NOSTRO IMPEGNO PER IL FUTURO

OMOGENEITÀ

Il **DIPIO** assicura il governo strategico mediante:

- lo sviluppo delle reti clinico assistenziali e partnership con tutte le altre Professioni, per l'integrazione dei e nei percorsi di cura;
- l'omogeneità nell'orientamento verso modelli organizzativo – assistenziali condivisi e comuni (Intensità di cura, Sanità di iniziativa, ecc) e verso processi di lavoro governati con strumenti ed approcci diffusi e coerenti (documentazione integrata);
- lo sviluppo di Modelli innovativi basati sulla organizzazione per moduli e/o cellule nelle aree di degenza fortemente orientati alla personalizzazione dell'assistenza e alla presa in carico;
- la promozione del miglioramento dei processi di supporto e dei percorsi assistenziali (es. approccio lean, strumenti di gestione operativa, collaborazione con amministrazione del Personale, controllo di gestione, ecc);
- la condivisione dei criteri per standardizzare modelli assistenziali ospedalieri (degenze mediche, chirurgiche, materno infantile) valorizzando le migliori pratiche. Condivisione di criteri per standardizzare modelli assistenziali per la continuità Ospedale-Territorio valorizzando le migliori pratiche;
- lo sviluppo e consolidamento dei livelli di qualità e sicurezza.

FORMARE

Fornire agli Operatori strumenti atti ad agire il cambiamento

Sviluppo delle competenze, valorizzazione del personale, progettazione di percorsi formativi quali:



Azienda Sanitaria Locale
Area Vasta Nord Ovest

STATO DELL'ARTE DELLA DIRIGENZA INFERMIERISTICA ED OSTETRICA LINEA PRODUTTIVA

IL GRUPPO DI LAVORO

Massimo Schirru
Dirigente Infermieristico Ospedaliero ex ASL 1

Paolo Galoppini
Dirigente Infermieristico Territoriale ex ASL 1

Luciana Traballoni
Dirigente Infermieristico Aziendale ex ASL 2

Andrea Lenzini
Dirigente Infermieristico Aziendale ex ASL 5

Chiara Pini
Dirigente Infermieristico Aziendale ex ASL 6

Anna Reale
Dirigente Infermieristico Aziendale ex ASL 12

e **Coordinatore del Gruppo**



RIORDINO ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

di Anna Reale - segue dalle pagine precedenti

i 10

i 11

X congresso provinciale ipasvi lucca

- Diffusione delle informazioni sul cambiamento organizzativo SST (Servizio Sanitario Toscana) e AVTNO (Laboratorio di Sanità Pubblica);
- Sviluppo delle competenze relazionali;
- Sviluppo delle competenze motivazionali sulle abilità.

SVILUPPARE

- Sviluppare l'assistenza nelle cure intermedie e promuovere modelli uniformi di home care (es. wound care, pic team, gestione stomie, ecografie infermieristiche ecc).
- Realizzare percorsi/ambulatori infermieristici/ostetrici per affermare e sviluppare competenze infermieristiche/ostetriche specialistiche.
- Sviluppare piani di attività per raggiungere l'omogeneità nell'assegnazione delle attività al personale di supporto.

STRUMENTI

- Allineare la programmazione annuale della formazione per permettere la partecipazione alle attività formative nel rispetto delle esigenze organizzative.
- Superare la carenza dei sistemi informatizzati per la rilevazione dei dati necessari alla gestione anche attraverso l'integrazione con le strutture amministrative del Personale.
- Adeguare i sistemi di valutazione individuale del Personale riducendo l'attuale variabilità.

Seguono alcune slide che accompagnano la relazione della Dott.ssa Anna Reale riportata nelle pagine precedenti

Legge regionale 28 dicembre 2015 n. 84

Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale.

Modifiche alla l.r. 40/2005

CAPO XIII Art. 66

Art. 69 bis Dipartimenti delle aziende unità sanitarie locali

COSA strumento organizzativo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali.

QUANTI a) dipartimenti di tipo ospedaliero; b) dipartimenti territoriali; c) dipartimento della medicina generale; d) dipartimenti delle professioni.

QUALI 1) dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche
2) dipartimento delle professioni tecnico sanitarie e della riabilitazione e della prevenzione
3) dipartimento del servizio sociale

Art. 69 quinquies

Dipartimenti delle professioni

Direzione del Dipartimento delle Professioni infermieristiche e ostetriche

CHI E' Uno dei dirigenti con incarico di direzione delle unità operative complesse aggregate nel dipartimento. Rimane titolare della struttura complessa cui è preposto

CHI LO NOMINA il Direttore Generale, su proposta del Direttore Sanitario

Art. 69 bis

Organizzazione del Dipartimento

COME Ogni azienda definisce l'organizzazione dipartimentale con lo statuto

Comitato di Dipartimento

COS'E' organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e di verifica, esprime pareri, supporta il direttore di dipartimento nel processo di negoziazione degli obiettivi di budget

DA CHI E' COMPOSTO presieduto dal direttore di dipartimento, composto dai responsabili delle unità operative complesse e semplici del dipartimento, altre componenti professionali che partecipano ai percorsi assistenziali del dipartimento

Art. 69 quinquies

Dipartimenti delle professioni

Funzioni del Dipartimento di tipo programmatico di tipo gestionale allocativo e operativo

COSA organizzano e gestiscono le attività e le risorse assistenziali e umane

DOVE aree organizzative di presidio e delle unità funzionali dei distretti e della prevenzione

COME nel rispetto delle linee guida generali e della programmazione della direzione aziendale.

Art. 69 quinquies

Dipartimenti delle professioni

Finalizzato delle funzioni promuove:

le integrazioni e le sinergie necessarie allo sviluppo delle risorse professionali ed il loro impiego più efficiente ed appropriato

la responsabilità ed autonomia professionale nei percorsi assistenziali e nel processo di presa in carico del paziente

la valorizzazione delle competenze di base e specialistiche, anche attraverso la formazione permanente e la ricerca dei componenti le equipe assistenziali

le relazioni con gli altri dipartimenti aziendali nel rispetto dei diversi mandati

IL GRUPPO DI LAVORO

Massimo Schiru	Dirigente Infermieristico Ospedaliero ex Asl 1
Paolo Galoppini	Dirigente Infermieristico Territoriale ex Asl 1
Luciana Traballoni	Dirigente Infermieristico Aziendale ex Asl 2
Andrea Lenzi	Dirigente Infermieristico Aziendale ex Asl 5
Chiara Pini	Dirigente Infermieristico Aziendale ex Asl 6
Anna Reale	Dirigente Infermieristico Aziendale ex Asl 12 e coordinatore del gruppo

IL NOSTRO IMPEGNO per il futuro

omogeneità

✓ Il DIPIO assicura il governo strategico mediante:

Sviluppo delle reti clinico assistenziali e partnership con tutte le altre professioni, per l'integrazione dei e nei percorsi di cura;

Omogeneità nell'orientamento verso modelli organizzativo - assistenziali condivisi e comuni (Intensità di cura, Sanità di iniziativa, ecc) e verso processi di lavoro governati con strumenti ed approcci diffusi e coerenti (documentazione integrata);

Sviluppo di modelli innovativi basati sulla organizzazione per moduli e/o cellule nelle aree di degenza fortemente orientati alla personalizzazione dell'assistenza e alla presa in carico.

IL NOSTRO IMPEGNO per e il futuro

omogeneità

Promozione del miglioramento dei processi di supporto e dei percorsi assistenziali (es. approccio lean, strumenti di gestione operativa, collaborazione con amministrazione del personale, controllo di gestione, ecc);

Condivisione dei criteri per standardizzare modelli assistenziali ospedalieri (degenze mediche, chirurgiche, materno infantile) valorizzando le migliori pratiche;

Condivisione di criteri per standardizzare modelli assistenziali per la continuità ospedale-territorio valorizzando le migliori pratiche;

Sviluppo e consolidamento dei livelli di qualità e sicurezza;

IL NOSTRO IMPEGNO per il futuro

formare

fornire agli operatori strumenti atti ad agire il cambiamento

Sviluppo delle competenze, valorizzazione del personale, progettazione di percorsi formativi quali:

Diffusione delle informazioni sul cambiamento organizzativo SST e AVTNO;

Sviluppo delle competenze relazionali;

Sviluppo delle competenze motivazionali sulle abilità;

IL NOSTRO IMPEGNO per il futuro

formare

fornire agli operatori strumenti atti ad agire il cambiamento

Sviluppo delle competenze, valorizzazione del personale, progettazione di percorsi formativi quali:

Diffusione delle informazioni sul cambiamento organizzativo SST e AVTNO;

Sviluppo delle competenze relazionali;

Sviluppo delle competenze motivazionali sulle abilità;

IL NOSTRO IMPEGNO per il futuro

sviluppare

Sviluppare l'assistenza nelle cure intermedie e promuovere modelli uniformi di home-care (es. wound care, pic team, gestione stomie, ecografie infermieristiche ecc);

Realizzare percorsi/ambulatori infermieristici/ostetrici per affermare e sviluppare competenze infermieristiche/ostetriche specialistiche;

Sviluppare piani di attività per raggiungere l'omogeneità nell'assegnazione delle attività al personale di supporto;

evoluzione competenze infermieristiche



LE FIGURE DIRIGENZIALI NELL'AZIENDA TOSCANA NORDOVEST

di Luciana Traballoni

L'intervento di Luciana Traballoni vuole illustrare la Dirigenza della nuova Azienda Sanitaria Locale Nord Ovest Toscana.

CHI SIAMO? LA CARTA D'IDENTITÀ DELLA NUOVA ASL NORDOVEST TOSCANA

COMPOSIZIONE DELLA DIREZIONE AZIENDALE

La nomina del Direttore Generale aziendale è avvenuta in ossequio al Decreto Presidente Giunta Regionale n. 30 del 29 febbraio 2016.

La dott.ssa Maria Teresa De Lauretis, nel Giugno 2015 è stata nominata Commissario delle Aziende afferenti all'Area vasta nord-ovest (ASL 1 di Massa e Carrara, 2 di Lucca, 5 di Pisa, 6 di Livorno, 12 della Versilia) con Decreto Presidente Giunta Regionale Toscana N. 106 del 01/07/2015 e dal 1° gennaio 2016 è il Direttore Generale dell'Area vasta nord-ovest.

La dott.ssa De Lauretis conosce le problematiche delle varie ex ASL per avervi operato (Commissario della ASL 5 di Pisa dal 1° luglio 2015, proviene dalla ASL 1 di Massa Carrara, dove ha ricoperto l'incarico di Direttore Generale dal 2011).

Dal 1995 al 2005 è stata Direttore Amministrativo dell'Azienda USL 6 di Livorno con le specifiche funzioni relative alla Direzione dei Servizi amministrativi della USL e alla partecipazione alla Direzione dell'Azienda. Dal giugno 2004 fino al settembre 2005 le è stato affidato il ruolo di Amministratore unico del Consorzio Area vasta Nord Ovest. Nel settembre del 2005 è stata chiamata a dirigere l'ASL 5 di Pisa e nel marzo 2010 è stata chiamata a dirigere l'ASL 1 di Massa Carrara.

Maria Teresa De Lauretis, Direttore Generale dell'ASL Toscana Nord Ovest, ha



Dott.ssa Maria Teresa De Lauretis

Laureata a Pisa, nel 1977, in Scienze Politiche con indirizzo politico amministrativo con 110 e lode con una tesi sul "Il significato politico-economico del ruolo istituzionale attribuito alla Banca d'Italia nel governo della liquidità". Dal 1977 al 1980 ha svolto il ruolo di Capo Divisione Ufficio Sanitario di ruolo e successivamente di Funzionario Amministrativo presso il Comune di Cecina. Durante questo periodo ha ricoperto anche il ruolo di Segretario del Consorzio Socio Sanitario della Bassa Val di Cecina, partecipando attivamente sino dalle prime fasi di costituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Dal 1980 al 1990 è stata Direttore Amministrativo dell'Usl 14 Bassa Val di Cecina. Dal 1990 al 1994 ha ricoperto il ruolo di Direttore Amministrativo - capo servizio amministrazione contabile e patrimoniale di ruolo presso la ex USL 14 Bassa Val di Cecina, confluita nell'Azienda USL 6 di Livorno.

nominato Mauro Maccari Direttore Sanitario e Maria Letizia Casani Direttore Amministrativo dell'Azienda Area vasta nord-ovest istituita nel gennaio scorso.



Dott.ssa Luciana Traballoni
Direttore Infermieristico ex ASL 2 Lucca



Il Direttore Sanitario Mauro MACCARI, classe 1959, romano. Si è laureato a Roma in Medicina e Chirurgia e specializzato in chirurgia generale all'università 'La Sapienza'. All'inizio degli anni '90 ha conseguito il Dottorato presso l'università di Losanna.

E' in Toscana dal 1994. Qui si è specializzato in Igiene e Medicina preventiva ed ha iniziato l'attività dirigenziale nell'organizzazione dei Servizi Sanitari di Base. Nel 2000 è stato responsabile della Zona-Distretto Pisana e successivamente, dal 2004 al 2009, Direttore della Società della Salute della Zona Pisana.

Successivamente è stato Direttore Sanitario della USL 7 di Siena e Direttore Sanitario della ASL5 di Pisa. Docente universitario, vanta numerose pubblicazioni in ambito igienistico e organizzativo.

Ha frequentato il Master C.O.GE.SAN presso l'Università Bocconi di Milano e il Corso per Dirigenti di Struttura Complessa presso la Scuola Sant'Anna di Pisa.

Il Direttore Amministrativo, la dott.ssa Maria Letizia CASANI, classe 1954, di origine spezzina, si è laureata in Economia e Commercio presso l'Università degli Studi di Pisa. Ha svolto attività di revisione contabile presso una società multinazionale ed ha collaborato con la Facoltà di Economia e Commercio dell'Università degli Studi di Pisa. Dal 1993 al 2001 ha lavorato come Collaboratore amministrativo nella ex ASL 25 Val di Cornia e successivamente presso la ASL 6 di Livorno dove dal 2002 ha prestato servizio come Dirigente Amministrativo con funzioni di coordinamento, a tempo indeterminato. Dal 2004 ha ricoperto l'incarico di Direttore della Unità operativa "Controllo di Gestione" e dal 2006 al 2007 le è stato affidato l'incarico di Direttore della Unità operativa "Gestioni Economiche e Finanziarie". Dal 2008 è stata Direttore Amministrativo della USL 5 di Pisa e dal 2015 è stata nominata Responsabile della Sezione territoriale Area Vasta Nord Ovest di Estar.

La dottoressa Casani ha al suo attivo numerose docenze e pubblicazioni ed ha frequentato il Corso per Direttori Generali, Amministrativi, Sanitari e dei Servizi Sanitari della Scuola Sant'Anna di Pisa.

Nelle pagine seguenti riportiamo le slide più significative riguardanti la situazione dell'Area Vasta Toscana Nord Ovest realizzate dalla dott.ssa Luciana Traballoni.

LE FIGURE DIRIGENZIALI NELL'AZIENDA TOSCANA NORDOVEST

di Luciana Traballoni - segue dalle pagine precedenti

i 14

i 15

X congresso provinciale ipasvi lucca

evoluzione competenze infermieristiche

I PRIMI PASSI DELLA NUOVA AZIENDA

- Chi siamo diventati: carta d'identità dell'uslona

La direzione aziendale

Sede legale:
Via Cocchi, 7 - Ospedaletto (PI)

Ausl Toscana nord-ovest: alcuni numeri in sintesi

- 13.214 dipendenti
- oltre 2 miliardi di euro di budget
- Popolazione residente 1.286.552
- 13 stabilimenti ospedalieri
- 11 P.O.
- 7 Case di Cura Private
- 3.024 - Posti letto complessivi (di cui 2588 pubblici + 436 privati accreditati)
- 12 zone distretto

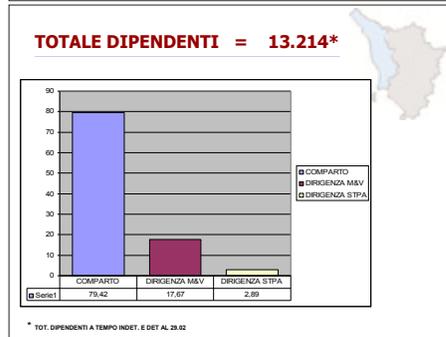
RIPARTIZIONE DELLA POPOLAZIONE

Popolazione totale al 31/12/2014

Provincia	Popolazione	Percentuale
Versilia	12.9%	1
Elba	2.5%	1
Val di cornia	4.6%	1
Livornese	13.7%	1
Bassa val di cornia	6.4%	1
Pisana	15.8%	1
Alta val di cornia	1.6%	1
Val d'era	9.3%	1
Piana di Lucca	13.2%	1
Alta val di Cecina	4.5%	1
Valle del serchio	4.5%	1
Apuane	3.9%	1
Lunigiana	3.9%	1

DIPENDENTI TOTALI *

Personale	AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST					TOTALE USL TOSCANA NORD OVEST
	ASL 1 MASSA CARRA	ASL 2 LUCCA	ASL 5 PISA	ASL 6 LIVORNO	ASL 12 VIAREGGIO	
Dirigenti medio	458	438	371	585	312	2.164
Dirigenti superiori	18	17	16	17	16	74
Dirigenti senior	50	57	47	89	53	296
Dirigenti professionisti sanitarie	3	4	3	4	1	15
Dirigenti non professionisti e tecnico	13	8	7	14	7	49
Dirigenti ruolo amministrativo	14	15	14	17	7	67
Infermieri	1.122	1.022	862	1.871	784	6.461
Altri personale sanitario ruolo sanitario	252	269	214	376	234	1.345
Operatori socio sanitari	242	244	193	472	254	1.305
Altri pers. comparto ruolo prof. a. e. tecnico	186	172	148	245	113	864
Personale comparto ruolo amministrativo	301	293	213	388	183	1.378
TOTALE (dirigenti + comparto)	2.884	2.962	2.125	4.081	1.874	13.214



LE RETE ATTUALE DEI SERVIZI TERRITORIALI

	N.Zone Socio sanitario	N. Sedi distrettuali	N. Case della Salute	N. AFT	N.ppli osp di comunità strutture intermedie	N. ppli hospice
AUSL 1 Massa e Carrara	2	19	4	7	38	10
AUSL 2 Lucca	2	15	3	7	44	12
AUSL 5 Pisa	3	22	4	10	70	10
AUSL 6 Livorno	4	16	4	10	62	10
AUSL 12 Viareggio	1	15	6	6	35	8
TOTALE	12	87	21	40	249	50

ASL Toscana Nord-Ovest - La rete attuale dei Presidi Ospedalieri

PRESEDI OSPEDALIERI	STABILIMENTI	BACINO UTENZA	DENTISTI	POSTI LETTO
PO CIVILE DELLE APUANE	MASSA/CARRARA	149.548		563
PO DELLA LUNIGIANA	PVIZZANO	213.122	173	57
PO RINUTI DI LIVORNO	PONTREMOLI	213.635		52
PO CIVILE DI PIOMBINO	LIVORNO	176.764		437
PO CIVILE DI PISTOIA	PIOMBINO	59.248		136
PO CIVILE DI CECINA	PORTOFERRATO	323.115	227	75
PO CIVILE DI CECINA	CECINA	82.023		160
PO LOTTI	PONTERIVA	123.900		297
PO S. MARIA	VOLTERRA	21.000	158	59
PO SAN LUCA	LUCCA	369.718		384
PO VALLE DEL SERCHIO	BARGA	57.334		96
PO UNICO VERSILIA	CASTELNUOVO	105.334	69	
PO UNICO VERSILIA	VERSILIA	365.382	469	403
TOTALE P.L.				2.588

ASSETTO ORGANIZZATIVO NUOVA AZIENDA

Fase 1 Gennaio - Giugno 2016	Fase 2 Luglio - Dicembre 2016
• Conferma degli incarichi in essere	Avvio graduale verso l'assetto previsto dalla legge di riforma
• Gruppi di lavoro attivati come embrione dell'assetto organizzativo futuro	

Organizzazione in gruppi di lavoro

Ausl Toscana nord-ovest

Sono stati costituiti **oltre 50 gruppi di lavoro**
Sono stati coinvolti **oltre 400 professionisti**

Coordinatori gruppi professionali:

Dott.ssa Anna Reale Professioni Infermieristiche
Dott.ssa Marta Lupetti Professioni Ostetriche
Dott. Fabrizio Magozzi Professioni Tecnico-Sanitarie

L'assetto previsto dalla legge di riforma

gli aspetti più rilevanti della Legge Regionale n 84/2015

- Ruolo del territorio e della medicina generale
- Enfasi sull'organizzazione dipartimentale
- Rete ospedaliera
- Autonomia gestionale delle professioni sanitarie

BUDGET 2016: METODO

1° livello di negoziazione
direzione vs dipartimenti/aree funzionali/zone omogenee delle 5 ASL sopresse

2° livello di negoziazione
dipartimento/area funzionale di ciascuna delle 5 ASL sopresse vs Strutture Organizzative afferenti

Obiettivi MES

come comunicati alle Direzioni il 25 gennaio

Obiettivi ECONOMICI
tendenzialmente - 1% di preconsuntivo 2015

Obiettivi QUALITA'/ESITI
procedure aziendali, comunicazione e piano nazionale esiti

Obiettivi STRATEGICI
regionali e aziendali

Orientarsi e conoscersi:

come costruire una rete di informazioni all'interno della nuova Usi

Strumenti attivati

1 LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE AVANZATE: ESPERIENZE DELLA EX ASL 12 VERSILIA

di Sandra Bianchini

Questo è il primo di quattro articoli che riguardano le Competenze Infermieristiche Avanzate in Settori dove operano le quattro Infermiere che hanno presentato le loro relazioni al X Congresso Provinciale IPASVI.

I progressi nella cura della malattia diabetica hanno portato ad un allungamento dell'aspettativa di vita dei Pazienti con diabete mellito. **I problemi principali**, oggi, sono legati alle **complicanze croniche** del diabete sia **microangiopatiche** (neuropatia, retinopatia, ecc.) che **macroangiopatiche** (arteriopatia, cardiopatia ischemica, ecc.).

Tra le complicanze un ruolo sempre più rilevante è assunto da quella che va sotto il nome di **"Piede Diabetico"**.

Recenti statistiche rilevano che il piede diabetico è la complicanza che causa maggior numero di ricoveri ospedalieri con un notevole costo sanitario dovuto soprattutto a:

- **prolungata ospedalizzazione,**
- **riabilitazione e accresciuto bisogno** di Assistenza Domiciliare e dei Servizi Sociali,
- **impatto lavorativo con eventuale inabilità e costi dei caregivers.**

E' dimostrato che **un'adeguata prevenzione** permette di **procrastinare, ma ancor più spesso di evitare lesioni.**

Nella nostra realtà operativa il Personale è impegnato quotidianamente in attività di educazione finalizzata alla gestione della patologia diabetica e delle sue complicanze. In particolare **l'Educazione alla Cura del Piede e l'esecuzione degli screening (prove strumentali) per l'individuazione dei soggetti a rischio di sviluppare neuropatia e/o arteriopatia**, che come è noto risultano essere le cause principali di insorgenza di lesioni agli arti inferiori.

I risultati rilevati nella seduta vengono inseriti in un programma informatico che fornisce una prima indicazione del livello del rischio (assente, basso, medio, elevato) e suggerimenti sulla frequenza dei controlli successivi.

Gli Operatori sono stati adeguatamente formati e possiedono una vasta conoscenza della malattia e sono quindi in grado di determinare il livello di rischio in maniera totalmente autonoma e, attraverso l'esame obiettivo e domande mirate, rilevare la necessità di programmare controlli più ravvicinati valutando il livello di **compliance**, le **condizioni igienico-sociali**, il grado di autonomia del soggetto esaminato.

Riconoscere un piede a rischio, in assenza di lesioni, è fondamentale ai fini preventivi consente di **intervenire precocemente su vari fronti: educativo, terapeutico, diagnostico** e impegna e integra ogni Professionista del team (Medici, Infermieri, Tecnici podologi) nel rispetto del ruolo e delle specifiche competenze per una gestione multidisciplinare.

Seguono le slide principali realizzate da Sandra Bianchini a commento del presente articolo.



Sandra Bianchini
Coordinatore Infermieristico
UOS di Diabetologia e Malattie Metaboliche
ex ASL12 Versilia

X congresso provinciale ipasvi lucca

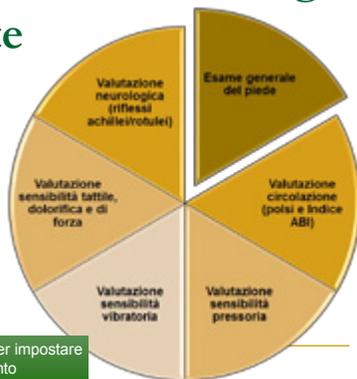
evoluzione competenze infermieristiche

1

1

L'infermiere e lo screening: abilità agite

- La valutazione è volta alla determinazione del grado di rischio
- Essa si avvale di tutta una serie di valutazioni strumentali e obiettive, tali da concorrere alla valutazione e monitoraggio del rischio d'incorrere verso una futura lesione



La valutazione è necessaria per impostare il successivo intervento

Piede Diabetico

"Piede con alterazioni anatomico-funzionali determinate dall'arteriopatia occlusiva periferica e/o dalla neuropatia diabetica".



Per piede diabetico si intende non solo il piede ulcerato o infetto ma anche il piede privo di lesioni ma a rischio ulcerazione



Piede Diabetico: Le Cause



Lo Screening

Lo screening è un processo di valutazione di soggetti asintomatici volto ad identificare i soggetti a rischio.

L'OMS ha definito i criteri che rendono un test di screening raccomandabile

- semplice da eseguire
- facile da interpretare
- accettabile dalla persona
- ripetibile nel tempo
- dotato di un favorevole rapporto costo/ beneficio



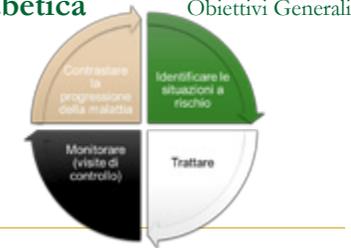
PIEDE DIABETICO OGGI IN ITALIA



I dati sul fenomeno

- Neuropatia ha un'incidenza di circa il 30% sia tra i pazienti insulino-dipendenti che tra quelli insulino-indipendenti e aumenta con l'età.
 - Il 30% dei pazienti con DM da 15 anni sviluppa neuropatia
 - Il 50% dei pazienti con DM da 25 anni sviluppa neuropatia
- Fino al 70% delle amputazioni sono eseguite su pazienti diabetici
- Fino al 84% di tutte le amputazioni sono precedute da ulcere al piede

Screening della Neuropatia Diabetica



1 LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE AVANZATE: ESPERIENZE DELLA EX ASL 12 VERSILIA

di Sandra Bianchini - segue dalle pagine precedenti

X congresso provinciale ipasvi lucca

evoluzione competenze infermieristiche

Chi viene sottoposto a Screening?

- Diabetici tipo 1 e tipo 2
- P. con comparsa di sintomi e segni di ND
- P. con neuropatia periferica già nota
- Pregresse lesioni ulcerative o amputazioni



Realizzazione dello screening

Accessi presso UOS diabetologia Ospedale Versilia

Supporto informatico allo screening

ppuntamenti CUP su richiesta del medico o del diabetologo (18 pazienti a settimana)

sezione in corso di vita su richiesta del medico della struttura



nel 2015 sono stati sottoposti a **Screening 1024** soggetti

VALUTAZIONE SENSIBILITA' TATTILE PRESSORIA: MONO-FILAMENTO

- Si applica il mono-filamento perpendicolarmente alla superficie cutanea per non più di 2 secondi.
- Con il filamento si esercita una pressione da 10g
- Sedi di applicazione: teste metatarsali 1 e 5 dito e alluce
- La prova su ambo i lati (occhi chiusi)
- Va ripetuto 3 volte per ogni punto




Se il paziente avverte 2 pressioni su 3 significa che la sensibilità è presente. Non avvertire 5 pressioni su 9 o 3 su 6 ha valore predittivo di comparsa ulcerativa

Valutare neurologica (riflessi achillei/rotulei)

- Riflesso achilleo (martelletto)
- Riflesso rotuleo (martelletto)




Chi esegue lo Screening

L'infermiere esperto in diabetologia. Esso deve possedere un alto livello di competenza (conoscenze teoriche, tecniche e organizzative) tali da permettergli di svolgere questa attività di valutazione, educazione e trattamento con efficacia e sicurezza.

Il medico diabetologo valuta i risultati del test e se necessario prescrive ulteriori accertamenti e/o prescrive terapia farmacologica

Il tecnico podologo corregge le alterazioni biomeccaniche (Plantari, Scarpe)

Questi professionisti sono fondamentali per il successo del programma di prevenzione

Esame del piede

Domini di valutazione:

- Igiene del piede
- Calzature idonee
- Deformità (alluce valgo, p. cavo, piede piatto)
- Cianosi/pallore
- Atrofia pilifera/cutanea
- ispessimenti
- Piede di Charcot
- Esiti di lesione o lesioni in atto
- Infezioni (micosi, borsiti...)



Valutazione Sensibilità Vibratoria: Biotesiometro

Il biotesiometro è un strumento dotato di una sonda che trasmette una vibrazione (0-50mvolts)

La sonda viene applicata alla falange distale dell'alluce e al malleolo esterno. L'operatore appoggia la sonda con una mano nei punti da esplorare e invita il soggetto a chiudere gli occhi.

Con la mano libera attraverso una manopola l'operatore trasmette l'intensità della vibrazione trovando la soglia di vibrazione minima.

Il soggetto deve tempestivamente avvertire l'operatore non appena sente la vibrazione. Esaminare ogni zona per tre volte attendendo qualche secondo fra una misurazione e l'altra poi annotare il risultato e fare la media (per ogni arto)

Un piede è insensibile quando la soglia vibratoria è >di 25 mVolts



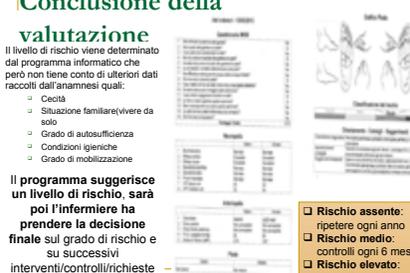

Conclusione della valutazione

Il livello di rischio viene determinato dal programma informatico che però non tiene conto di ulteriori dati raccolti dall'anamnesi quali:

- Cecità
- Situazione familiare/vivere da solo
- Grado di autosufficienza
- Condizioni igieniche
- Grado di mobilitazione

Il programma suggerisce un livello di rischio, sarà poi l'infermiere a prendere la decisione finale sul grado di rischio e su successivi interventi/controlli/ricieste da sottoporre al medico

- Rischio assente:** ripetere ogni anno
- Rischio medio:** controlli ogni 6 mesi
- Rischio elevato:** controlli ogni 3 mesi



L'infermiere esperto in diabetologia

Abilità esclusive agite



Valutazione Circolazione

Polsi periferici

- Polsi tibiale dx e sn
- Polsi pedidio dx e sn
- In caso di assenza si ricercano il polso popliteo e il polso femorale

IW o indice ABI (Ankle/Brachial Index)

- L'ABI è il rapporto tra pressione sistolica alla caviglia e pressione sistolica omerale
- ABI è un buon indicatore di rischio cardiovascolare nella progressione della malattia



Valutazione tattile, dolorifica e di forza



Dalla valutazione all'Educazione

EDUCAZIONE ALLA PERSONA

- Igiene piedi
- Auto-Ispesione
- Calzature e Calze
- Indicazioni Generali



2 LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE AVANZATE: ESPERIENZE DELLA EX ASL 12 VERSILIA

di Tiziana Nannelli

La Batteriuria da catetere vescicale, è la più frequente delle infezioni nosocomiali nell'Anziano; in circa il 15-30% dei Pazienti ricoverati per malattie acute viene posizionato un catetere urinario.

Tra il 60 e l'80% dei soggetti con catetere vescicale vi è un potenziale rischio di incorrere in un'infezione nosocomiale del tratto urinario e la probabilità di isolare batteri nelle urine aumenta del 3-6% per ogni giorno in più di permanenza del catetere in vescica.

La prevalenza di cateterizzazione vescicale in tutta l'Area Medica dell'Ospedale Versilia risulta del 33%, con un picco che raggiunge quasi il 60% nei Pazienti ospitati in Alta Intensità Medica (valore ben al di sopra di quelle che sono le esperienze descritte in letteratura).

Da qui l'esigenza di formare un Infermiere Esperto nella valutazione vescicale nell'Area Medica dell'Ospedale Versilia, è scaturita dopo una analisi di come questo presidio venisse utilizzato in questi setting.

Il ricorso al cateterismo vescicale è ben documentato dalle Linee Guida HICPAC "GUIDELINE FOR PREVENTION OF CATHETER ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTIONS 2009", le quali indicano varie condizioni entro cui utilizzarlo:

- Ostruzione delle vie urinarie a livello uretrale non risolvibile chirurgicamente.
- Alterazione della pressione sanguigna o della volemia che necessita di un continuo e accurato controllo del volume delle urine emesse.
- Necessità di misurare il volume delle urine in maniera accurata in un soggetto non col laborante.
- Disfunzione neurologica permanente della vescica.
- Trattamento delle neoplasie vescicali.
- Necessità di svuotamento urinario nei gravi

casi di macro-ematuria e piuria per evitare il tamponamento vescicale.

- Altro

Nella nostra realtà, la ritenzione urinaria assieme al monitoraggio della diuresi sono spesso motivo di cateterizzazione vescicale nell'8% -12% dei casi, anche se all'incontinenza rappresenta la quota maggiore (88-92%). Soprattutto nell'ultimo caso, il ricorso alla cateterizzazione vescicale dovrebbe essere ben valutato ed indubbiamente ridotto, allineandosi con quelle che sono le indicazioni di letteratura.

Sulla base di queste considerazioni, è stato ritenuto appropriato un intervento sul problema cateterizzazioni, che rimettesse in linea la buona pratica.

Dall'analisi delle cause su questo disallineamento, si è individuato una carenza di valutazione delle condizioni correlate alla funzionalità vescicale. Pertanto, dopo aver verificato quanto offerto dalla letteratura in materia, ci si è orientati verso l'utilizzo di una nuova metodica per la valutazione vescicale attraverso l'utilizzo dell'Ecografia.

I vantaggi nell'adottare questa metodica sono ben documentati (Brachelente C, De Simone A, Cammisa P, 2015. "Bladder scanner ed ecografo in ausilio al cateterismo vescicale: evidenze e proposte", L'infermiere).

- Consente di valutare correttamente le dimensioni della prostata e la salienza prostatica (Romei et al., 2007).
- Consente la valutazione real time dell'inserimento del catetere vescicale (Romei et al., 2007).
- Permette di verificare il posizionamento e la pervietà del catetere urinario in caso di sospette ostruzioni o dislocazioni (Romei et al., 2007).

Dott.ssa Tiziana Nannelli
 Coordinatore Infermieristica
 Percorsi Assistenziali Sviluppo e Innovazione in Area Medica Ospedale Versilia
 Master in Management per le funzioni di Coordinamento nell'Area Infermieristica, Ostetrica e Pediatrica
 Dottore di Ricerca in Scienze Infermieristiche
 Docente a Contratto Med45 - Università degli Studi di Firenze



- Misura efficacemente il contenuto vescicale, con un'accuratezza che oscilla dal 76 al 97% (Frederickson et al., 2000).
- Riporta una percentuale di soddisfazione del Paziente del 93% e del 97% degli Infermieri (Frederickson et al., 2000).
- Consente la riduzione dei cateterismi del 38% per presunto globo vescicale e dell'81% per residuo post-minzionale (Frederickson et al., 2000).
- Permette misurazioni efficaci, dopo un breve periodo di formazione e training degli Infermieri (Chan & H, 1993; Park et al., 2011).
- Riduce i cateterismi inutili, quindi le infezioni del tratto urinario correlate al cateterismo vescicale di circa il 50% (Lee et al., 2007).

di natura pratica in affiancamento a due tutor medici dell'Area, esperti in ecografia.

Rispetto ai contenuti formativi, il percorso si è focalizzato su 4 aspetti ritenuti fondamentali ai fini di una ottimale pratica infermieristica, che sono stati trattati prima in

Quali nuove abilità acquisite

- Valutazione morfologica della vescica
- Valutazione del ristagno vescicale
- Valutazione del residuo vescicale
- Valutazione dei presidi vescicali posizionati



Trovando interessante e fattibile l'adozione di questa metodica valutativa, si è presentata la necessità di fare un upgrade delle competenze degli Infermieri operanti in Area Medica, al fine di renderli abili e confidenti nella valutazione dello stato vescicale con l'utilizzo dell'ecografo portatile in dotazione all'Area.

Questo si è tradotto nel fornire una competenza avanzata di natura prevalentemente tecnica (ma non solo) in una specifica area affinché l'Infermiere divenisse esperto in questo specifico ambito.

Per raggiungere questo obiettivo, si è valutato il bisogno formativo degli Infermieri, si è confezionato un intervento formativo tailored e si è provveduto a strutturare un sistema di verifica delle ricadute della nuova abilità acquisita a distanza.

Il percorso formativo, ha visto coinvolti in due edizioni, 20 Infermieri, che hanno svolto 4 ore di formazione: 2 di natura teorica e due

maniera teorica e poi in maniera pratica:

- Valutazione morfologica della vescica
- Valutazione del ristagno vescicale
- Valutazione del residuo vescicale
- Valutazione dei presidi vescicali posizionati

Oltre alla cura nei contenuti formativi, è stato curato l'aspetto di certificazione della competenza acquisiti. A tal fine ogni discente ha svolto in autonomia e con una specifica check di verifica, 5 valutazioni vescicali che sono state portate alla verifica dei Tutor Medici per la loro approvazione e certificazione della competenza.

Si è voluto creare un sistema di "certificazione interna", che "responsabilizzasse il discente, ma che lo favorisse anche nell'apprendimento". Infatti l'Infermiere in autonomia, ma sempre con il sostegno di un Tutor Medico, avrebbe dovuto svolgere le valutazioni vescicali con

2 LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE AVANZATE: ESPERIENZE DELLA EX ASL 12 VERSILIA

di Tiziana Nannelli- segue dalle pagine precedenti

l'ecografo e con la *check* fornita, in un lasso di tempo ampio (1 mese), fornendo tempo di pratica appropriato con le attività lavorativa e l'attività di apprendimento.

E proprio su questo aspetto di natura pratica e *on-the-job* della formazione, che si segnala quel valore aggiunto, in ragione dell'applicazione "rapida" di quanto appreso, nel proprio contesto operativo, eliminando quel divario tra teoria e realtà operativa, spesso passaggio critico osservato dai discenti e dai formatori.

Concludendo, le prospettive in progress per quanto riguarda questa attività non si sono concluse con questa prima formazione. Infatti, il progetto prevede in un futuro di svolgere un

- **Monitoraggio degli effetti** sulla formazione avvenuta:
 - Riduzione cateterismo vescicale
 - Riduzione delle CAUTI
- **Estensione della formazione sull'uso dell'ecografia per la valutazione vescicale** al 50% del Personale Infermieristico presente nelle degenze d'Area Medica.
- **Estensione delle competenze nell'uso dell'ecografo per altri domini**, per il Personale già con prima formazione:
 - **Posizionamento Accessi venosi**

Seguono le slide principali realizzate da Tiziana Nannelli a commento del presente articolo.

Il perché di un infermiere esperto nella valutazione vescicale in Area Medica

La batteriuria da catetere, nell'anziano, è la più frequente delle infezioni nosocomiali. In circa il 15-30% dei pazienti anziani ricoverati per malattie acute viene posizionato un catetere urinario**

Tra il 60 e l'80% dei soggetti con catetere vescicale vi è un potenziale rischio di incorrere in un'infezione nosocomiale del tratto urinario e la probabilità di isolare batteri nel tratto urinario aumenta del 3-6% per ogni giorno in più di permanenza del catetere in vescica***

Area Medica Degenze Ospedale Versilia*	
ALTA MEDICINA	18,3%
EMATOLOGIA	18,3%
MEDICINA MEDIA 1	34,1%
MEDICINA MEDIA 2	28,4%
TOTALE AREA MEDICA	33,8%

*Fonte: dati Area Medica Degenze Ospedale Versilia, 2013. **Fonte: dati Area Medica Degenze Ospedale Versilia, 2013. ***Fonte: dati Area Medica Degenze Ospedale Versilia, 2013.

Il ricorso al Cateterismo Vescicale: dalle Buone pratiche alla realtà nelle degenze di Area Medica

Indicazioni da LG per il ricorso al Cateterismo Vescicale*

Ostruzione delle vie urinarie a livello uretrale non risolvibile chirurgicamente:

- Alterazione della volomia continuo e volume delle urine
- Necessità di misurare in maniera accurata il volume delle urine
- Distensione neurologica o peristaltica della vescica;
- Trattamento delle neoplasie vescicali;
- Necessità di svuotamento urinario nei gravi casi di macro-ematuria e piuria per evitare il tamponamento vescicale.

Richiesta del personale infermieristico di una (messa al centro) di questa pratica

Monitoraggio

Urinario (7-5%)

Urologica (80-72%)

L'uso dell'ecografia per il sostegno della valutazione infermieristica: quali vantaggi

- Consente di valutare correttamente le dimensioni della prostata e la salute prostatica (Romei et al., 2007);
- Consente la valutazione real time dell'inserimento del catetere vescicale (Romei et al., 2007);
- Permette di verificare il posizionamento e la pervietà del catetere urinario in caso di sospette ostruzioni o dislocazioni (Romei et al., 2007);
- Misura efficacemente il contenuto vescicale, con un'accuratezza che oscilla dal 76 al 97% (Frederickson et al., 2000);
- Riporta una percentuale di soddisfazione del paziente del 93% e del 97% degli infermieri (Frederickson et al., 2000);
- Consente la riduzione dei cateterismi del 38% per presunto globo vescicale, e dell'81% per residuo post-missionale (Frederickson et al., 2000);
- Permette misurazioni efficaci, dopo un breve periodo di formazione e training degli infermieri (Chan & H, 1993; Park et al., 2011);
- Riduce i cateterismi inutili, quindi le infezioni del tratto urinario correlate al cateterismo vescicale di circa il 50% (Lee et al., 2007).

Le «competenze» - ICN (International Council of Nurses)

Competenza: si riferisce alla effettiva applicazione di una combinazione di conoscenze, abilità e giudizio dimostrata da un individuo nella pratica quotidiana o nelle prestazioni di lavoro.

Necessità di upgrade di: conoscenze abilità e giudizio

La formazione: esercitazione

Valutare il bisogno

Intervento formativo

Ricadute

Necessità di upgrade di competenze

Percorso Formativo Interno alle Degenze Area Medica

- 20 infermieri
- 4 ore di formazione
- 5 valutazioni positive da svolgersi sul campo

La formazione: in Aula

ESICHA DELLE ULTERIORI ED APPARECCHIATURE IN ECOGRAFIA

14.08.13

15.08.13

16.08.13

17.08.13

18.08.13

19.08.13

20.08.13

21.08.13

22.08.13

23.08.13

24.08.13

25.08.13

26.08.13

27.08.13

28.08.13

29.08.13

30.08.13

31.08.13

01.09.13

02.09.13

03.09.13

04.09.13

05.09.13

06.09.13

07.09.13

08.09.13

09.09.13

10.09.13

11.09.13

12.09.13

13.09.13

14.09.13

15.09.13

16.09.13

17.09.13

18.09.13

19.09.13

20.09.13

21.09.13

22.09.13

23.09.13

24.09.13

25.09.13

26.09.13

27.09.13

28.09.13

29.09.13

30.09.13

01.10.13

02.10.13

03.10.13

04.10.13

05.10.13

06.10.13

07.10.13

08.10.13

09.10.13

10.10.13

11.10.13

12.10.13

13.10.13

14.10.13

15.10.13

16.10.13

17.10.13

18.10.13

19.10.13

20.10.13

21.10.13

22.10.13

23.10.13

24.10.13

25.10.13

26.10.13

27.10.13

28.10.13

29.10.13

30.10.13

31.10.13

01.11.13

02.11.13

03.11.13

04.11.13

05.11.13

06.11.13

07.11.13

08.11.13

09.11.13

10.11.13

11.11.13

12.11.13

13.11.13

14.11.13

15.11.13

16.11.13

17.11.13

18.11.13

19.11.13

20.11.13

21.11.13

22.11.13

23.11.13

24.11.13

25.11.13

26.11.13

27.11.13

28.11.13

29.11.13

30.11.13

01.12.13

02.12.13

03.12.13

04.12.13

05.12.13

06.12.13

07.12.13

08.12.13

09.12.13

10.12.13

11.12.13

12.12.13

13.12.13

14.12.13

15.12.13

16.12.13

17.12.13

18.12.13

19.12.13

20.12.13

21.12.13

22.12.13

23.12.13

24.12.13

25.12.13

26.12.13

27.12.13

28.12.13

29.12.13

30.12.13

31.12.13

La formazione: esercitazione

La verifica della competenza acquisita: on-the-job

Scheda di valutazione

Domini di valutazione

- L'uso corretto dello strumento (scelta della sonda etc)
- Corretto posizionamento della sonda ecografica sulla vescica
- Corretta sequenza per freezing dell'immagine, reperimento punti di misura e svuotamento misurazione
- Corretta lettura dell'immagine con identificazione delle zone anatomiche, dispositivi etc

La formazione: in Aula

Per noi che prestiamo assistenza infermieristica, la nostra assistenza infermieristica è qualcosa che, se non contribuiremo a far progredire ogni anno, ogni mese, ogni giorno, contribuiremo a far regredire.

Florence Nightingale, 1872

Autunno Day

X congresso provinciale ipasvi lucca

evoluzione competenze infermieristiche

3 LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE AVANZATE: ESPERIENZE DELLA EX ASL 2 LUCCA

di Rossana Butori

Sono Rossana Butori e da circa 1 anno ho avuto la posizione organizzativa di BED MANAGER all'Ospedale San Luca di Lucca.

In occasione del **Convegno IPASVI** del 12 maggio 2016, che trattava per la seconda volta l'argomento delle **Competenze Avanzate in ambito infermieristico**, sono stata chiamata dalla mia Dirigente Dott.ssa **Luciana Traballoni** per illustrare la figura e il Ruolo del **BED MANAGER**, il mio nuovo incarico.

Ho accolto con favore questa richiesta perché, essendo una figura di recente istituzione, ritenevo importante cogliere questa occasione per farla conoscere, spiegarne il Ruolo e le Competenze: ripercorrerò il percorso professionale che mi ha portato a ricoprire questo Ruolo.

Prima di questo incarico ho svolto per diversi anni il mio lavoro di Infermiera presso varie strutture ed in particolare ho lavorato 11 anni al Pronto Soccorso dell'Ospedale Campo di Marte, 4 anni come Coordinatrice, 8 anni alla Centrale 118 di Lucca fino alla sua chiusura del 19 gennaio u.s.

In questi anni sono stata coinvolta in vari progetti di avanzamento delle competenze infermieristiche, per cui, quando la nostra Azienda ha messo a bando la posizione organizzativa BED MANAGER E OTTIMIZZAZIONE DELLA PIATTAFORMA PRODUTTIVA, non ho esitato a fare domanda per ottenere questo nuovo ruolo, forte dell'esperienza professionale e innovativa fatta nel mio percorso professionale e lavorativo che oggi racconterò.

Nel 1997, assieme ad altri Colleghi del Pronto Soccorso di Lucca, abbiamo fatto partire il **Progetto Triage**, con non poche difficoltà e osteggiamenti da parte di varie figure professionali.

Nei primi anni 2000 ho fatto parte del Gruppo Regionale per il miglioramento del Pronto Soccorso della Regione Toscana nel

Gruppo per la **revisione delle flow chart del Triage infermieristico**.

Ho fatto Corsi di Formazione a moltissimi Infermieri di Pronto Soccorso della Regione Toscana, entrando in contatto e conoscendo la variabilità del Sistema di Emergenza della Regione.

Nel 2010, all'interno di questo Gruppo, è partita una nuova proposta denominata **"SEE & TREAT"** e il Direttore del Pronto Soccorso, dott. **Marco Rossi**, nonostante non lavorassi più al PS, mi chiese di far parte di questo Gruppo di lavoro per la **stesura delle linee guida e delle procedure**.

Successivamente, ho fatto assieme a lui **docenza ai Medici Tutor e agli Infermieri** del Pronto Soccorso Toscani e abbiamo seguito l'implementazione di questo nuovo modello di gestione di Pazienti a bassa priorità nei vari Pronto Soccorso Toscani, fra cui anche il Pronto Soccorso di Lucca.

Nel frattempo, lavorando alla Centrale Operativa 118, assieme alla Responsabile Dott.ssa **Grazia Lencioni** e a tutti gli Infermieri della C.O., abbiamo implementato il Servizio denominato **"INDIA"** acronimo del Servizio Ambulanza Infermieristica presentato, fra l'altro, in uno dei recenti convegni IPASVI sulle **Competenze avanzate**.

Per questa attività ho avuto l'onore di essere visitata dai **NAS di Livorno** che mi chiedevano conto di una frase scritta nella relazione del Convegno e pubblicato sulla nostra Rivista (*focus infermiere*, ndr) dove riportavo quanto scritto sulla delibera di attivazione dell'**INDIA** che diceva: **"...L'Infermiere abilitato può somministrare farmaci salvavita..."**

La denuncia ai NAS era stata fatta dall'Ordine dei Medici di Lucca...

¹ SEE & TREAT: dal sistema anglosassone "VEDI E TRATTA" nel post triage i Pazienti sono visti e dimessi da un Infermiere adeguatamente preparato che ha sostenuto un esame di abilitazione dopo aver frequentato un Corso di Formazione intensiva previsto dalla delibera Regionale di attivazione della sperimentazione e attuazione del Modello S&T.



AFD Rossana Butori
Bed Manager ex ASL 2 Lucca
Coordinatore Infermieristico H San Luca con Posizione organizzativa Bed Management e Ottimizzazione Piattaforma Produttiva
Docente della Regione Toscana per i Corsi di Triage e See & Treat

In quel momento... poco piacevole... **ho** comunque **presentato tutte le delibere** sull'argomento (**locali, regionali e nazionali**) che autorizzavano il Progetto.

La frase di commiato dei NAS è stata: "ma allora cosa contestano i Medici?" Con fair play... ho risposto: "Non saprei".....

Mentre mi diletavo in tutte queste nuove esperienze, sono stata chiamata un pomeriggio di Luglio del 2011 dall'allora Direttore Sanitario Aziendale, il quale mi chiedeva la disponibilità a partecipare ad un Gruppo di Lavoro della Regione Toscana che analizzava la possibilità di **Gestire i Processi di Lavoro in Sanità sul modello TOYOTA del Lean Thinking**.

Ho detto immediatamente di sì, pur non conoscendo niente di questa nuova cosa. Sono andata su Internet a guardare cosa era, ma non sapevo nemmeno come si scriveva Poi, però, entrando in contatto con il Gruppo ho appreso una modalità di approccio alla **Gestione in Sanità**, che mi ha coinvolto molto e mi ha fatto conoscere nuove realtà assistenziali, sia in area di Degenza che di Emergenza.

In questo Gruppo di Lavoro ho conosciuto il modello gestionale definito **"BED MANAGEMENT"** e la figura dell'**Ingegnere Gestionale** come nuova figura manageriale del percorso assistenziale del Paziente in Ospedale e non solo.

Per cui, quando la nostra Azienda ha messo a bando la posizione organizzativa BED MANAGER E OTTIMIZZAZIONE DELLA PIATTAFORMA PRODUTTIVA, ho fatto domanda per ottenere questo nuovo ruolo, forte dell'esperienza professionale e innovativa fin qui raccontata.

Ottenuto l'incarico, ho cominciato a farmi un'idea di quello che era il **Percorso del Paziente dal suo arrivo** al Pronto Soccorso o direttamente nel Setting di degenza nel nuovo Ospedale San Luca **alla sua dimissione**, essendo rimasta fuori da questa realtà ormai da diversi anni avendo lavorato alla C.O. 118.

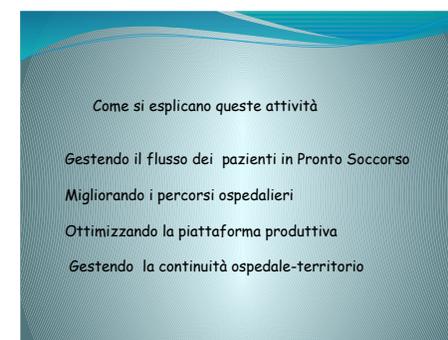
Nei primi mesi di lavoro ho potuto constatare come la mia figura diventava ogni giorno sempre di più il **Facilitatore della Comunicazione** fra i vari attori del percorso dei Pazienti all'interno dell'Ospedale.



Ho constatato, infatti, che le **svariate figure professionali** che ruotano intorno al Paziente **spesso hanno difficoltà a comunicare fra di loro**. In particolare questa cosa l'ho percepita fortemente laddove il Paziente dall'Ospedale doveva essere preso in carico dal Territorio.

Ho toccato con mano la diffidenza reciproca dei due Servizi, che per incomprensioni ripetute negli anni, avevano alzato un muro di divisione quasi da toccare con mano.

La figura del **Bed Manager**, in molte realtà Toscane e Italiane, è affidata al ruolo infermieristico che ha nelle sue precise competenze



3 LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE AVANZATE: ESPERIENZE DELLA EX ASL 2 LUCCA

di Rossana Butori - segue dalle pagine precedenti

- la Gestione del flusso dei Pazienti in Pronto Soccorso.
- il Miglioramento dei percorsi ospedalieri.
- Ottimizzare la piattaforma produttiva (Percorsi ambulatoriali, Sale operatorie).
- Gestire la continuità Ospedale-Territorio.

Tutto questo si racchiude in un unico termine anglosassone definito "PATIENT FLOW" che racchiude in sé tutto quanto riguarda la movimentazione del Paziente all'interno della Struttura Sanitaria dall'ammissione alla dimissione.

Molti dei problemi tipici delle moderne realtà ospedaliere sono infatti legati ad una **difficoltosa gestione di questi flussi tra le varie aree dell'Ospedale.**

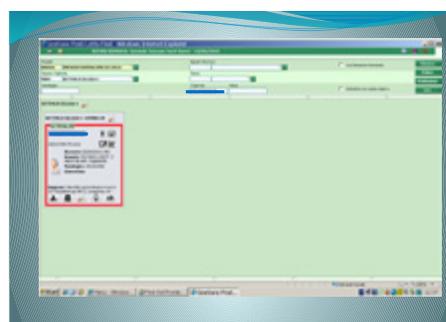
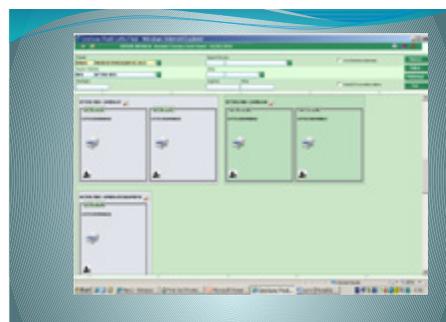
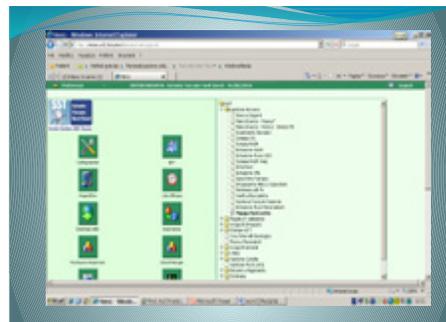
Quindi... **perché per ottenere questo risultato c'è bisogno del BED MANAGER?**

Il **Bed Manager**, è il punto di riferimento per i vari attori del Sistema per coordinare le varie esigenze **cliniche, assistenziali e logistiche del percorso del Paziente in Ospedale**, supervisionando la situazione dei posti letto, al fine di collocare il Paziente nel Setting assistenziale ottimale rispetto alle risorse disponibili.

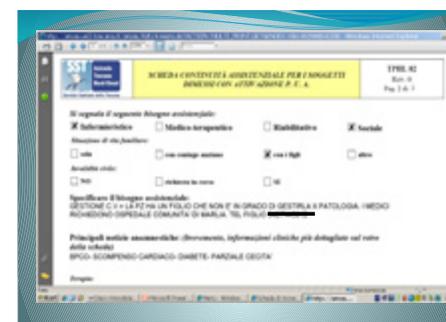
Il **Bed Manager** è supportato nel suo lavoro dai Coordinatori dei vari Setting assistenziali e dai Coordinatori con Posizione organizzativa, in pronta disponibilità, che in orario notturno e festivo sono a disposizione del Pronto Soccorso e dei vari Setting per eventuali criticità.

Uno strumento **a disposizione del Bed Manager è il VISUAL HOSPITAL** che consente in tempo reale la visione dello stato dei posti letto di tutto il Presidio Ospedaliero San Luca, delle Strutture Residenziali (Cure intermedie/ Hospice) e dei Presidi Ospedalieri della Valle del Serchio.

Attraverso questo strumento molto valido, sia il **Bed Manager** che altre figure professionali, possono visionare in diretta la disponibilità di un posto letto.



Sempre con questo programma, attraverso una funzione del programma gestionale ADT (*Ammissione, Dimissione, Trasferimento pazienti*) è possibile prendere visione anche delle segnalazioni inviate alla PUA Coad (*Centrale per la presa in carico dell'Assistenza Domiciliare*) da parte dei vari Setting di degenza ed avere in diretta anche l'occupazione dei posti letto delle Strutture Intermedie del Territorio.



Quotidianamente il **Bed Manager** si relaziona con il Pronto Soccorso per la ricerca dei posti letto, soprattutto per l'area Medica, redigendo un report sulla disponibilità dei posti letto in base alle dimissioni effettuate dai vari Setting di degenza.

MONITORAGGIO POSTI LETTI						
	AMMISSIONI	DISMISSIONI	POSTI LETTI	POSTI LETTI	POSTI LETTI	POSTI LETTI
	AMMISSIONI	DISMISSIONI	AMMISSIONI	DISMISSIONI	AMMISSIONI	DISMISSIONI
Settore						
Settore 1						
Settore 2						
Settore 3						
Settore 4						
Settore 5						
Settore 6						
Settore 7						
Settore 8						
Settore 9						
Settore 10						
Settore 11						
Settore 12						
Settore 13						
Settore 14						
Settore 15						
Settore 16						
Settore 17						
Settore 18						
Settore 19						
Settore 20						
Settore 21						
Settore 22						
Settore 23						
Settore 24						
Settore 25						
Settore 26						
Settore 27						
Settore 28						
Settore 29						
Settore 30						
Settore 31						
Settore 32						
Settore 33						
Settore 34						
Settore 35						
Settore 36						
Settore 37						
Settore 38						
Settore 39						
Settore 40						
Settore 41						
Settore 42						
Settore 43						
Settore 44						
Settore 45						
Settore 46						
Settore 47						
Settore 48						
Settore 49						
Settore 50						

Inoltre il **Bed Manager**, dal programma gestionale dei ricoveri ADT, evidenzia con un report i nominativi dei Pazienti che stanno avendo un periodo di ricovero prolungato e attraverso la segnalazione alla DMPO (Direzione Medica di Presidio Ospedaliero) cerca di capirne le cause ed interviene per rimuovere eventuali problematiche relative ad una dimissione difficile o al ritardo di prestazioni diagnostiche.

CONCLUSIONI

La figura del **Bed Manager**, perché possa svolgere appieno la sua funzione, deve:

1. **avere un riconoscimento del Ruolo** da

parte di tutti gli attori che ruotano intorno al percorso del Paziente

- dal Direttore del DEU e del Pronto Soccorso
- dai Direttori e dai collaboratori Medici ed Infermieristici dell' Area Medica , Chirurgica e Critica

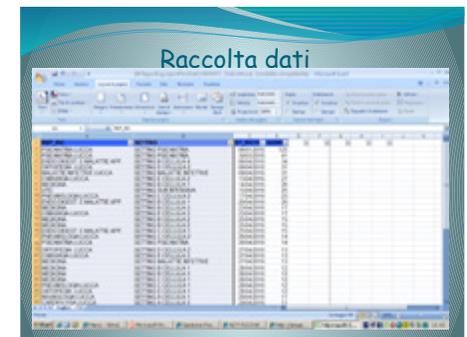
2. **vedere descritto il suo Ruolo, in un documento scritto collegialmente dalla DMPO (Direzione Medica Presidio Ospedaliero) e Infermieristica, che evidenzii il preciso mandato.**

Infine, ma non meno importante, *affinché il ruolo del Bed Manager abbia una reale incidenza sul Processo è necessario individuare gli INDICATORI di efficacia e di efficienza* su le varie fasi:

- Miglioramento dei flussi Paziente in Pronto Soccorso
- Miglioramento dei flussi intraospedalieri
- Miglioramento della continuità Ospedale-Territorio
- Miglioramento del Clima Professionale.
- Diminuzione della litigiosità

Evidenze che l'utilizzo di un sistema di **Bed Management** porti ad un miglioramento dell'assistenza al momento non ce ne sono, essendo un ruolo ancora giovane. Si può però affermare che la rete di comunicazione che si viene a creare fra i vari Attori contribuisce a migliorare i rapporti tra i Reparti di degenza ed il Pronto Soccorso e le piattaforme produttive.

E nella speranza che questa immagine non sia il futuro dei nostri ospedali...



X congresso provinciale ipasvi lucca

evoluzione competenze infermieristiche

4 LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE AVANZATE: ESPERIENZE DELLA EX ASL 2 LUCCA

di Ornella Ferrari e Tania Manetti



Ornella Ferrari

Tania Manetti

i 28

i 29

X congresso provinciale ipasvi lucca

PROGRAMMA DI AUTOGESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE E DEL DIABETE

All'epidemia delle malattie croniche registratasi negli ultimi 20 anni nelle popolazioni dei Paesi a sviluppo avanzato, i Sistemi Sanitari hanno risposto adottando un approccio di **medicina proattiva** all'interno di percorsi di "gestione della malattia".

Il ruolo attivo del Paziente è uno degli elementi considerati indispensabili per il successo di tali modelli. Si sono pertanto diffuse nel mondo esperienze, più o meno sistematiche, di programmi di supporto all'autogestione.

Le dimensioni del fenomeno della cronicità, con l'invecchiamento della popolazione e l'impatto sociosanitario che ne deriva, rendono **poco efficaci**, in termini di tutela e promozione della salute nella collettività, le sole azioni di educazione sanitaria del Paziente nell'ambito dei percorsi di cura.

Occorre accompagnare, partendo da una visione di Sanità orientata alla Comunità, i diversi cambiamenti nel Sistema Sanitario, con azioni che facilitino le occasioni e le opportunità per il rafforzamento e il mantenimento delle capacità di autogestione da parte del Paziente.

Con queste premesse, la Regione Toscana, con il Piano Sanitario 2008-10, ha adottato come modello di riferimento nell'azione di controllo e gestione delle malattie croniche: il **Chronic Care Model**.

Questo modello ha tra i suoi componenti essenziali l'attenzione alla **prevenzione e il supporto all'autocura e all'autogestione** del Paziente, da svilupparsi **in sinergia con le Organizzazioni sociali** presenti nella comunità di vita della persona.

A partire **da questo modello di riferimento**, l'AUSL 2 Lucca ha adottato, come programma di supporto all'autogestione, quello ideato da **Kate Lorig** presso l'Università di Stanford e diffuso in numerosi Sistemi Sanitari Occidentali, acquisendo le licenze e **formando i propri Operatori per l'implementazione**, nello specifico,

dei programmi di autogestione delle malattie croniche e del diabete.

Questo programma, che si basa sulle teorie elaborate in psicologia sociale da **Albert Bandura**,

- I partecipanti sono persone con differenti **patologie** croniche, o loro familiari e amici
- I pazienti vengono reclutati all'interno della **Sanità d'iniziativa o all'interno degli ambulatori diabetologici**
- I seminari formativi si svolgono per **6 settimane**, con incontri settimanali di **2 ore e mezzo** ciascuno
- I seminari si svolgono in ambienti **ideali, facilmente raggiungibili** scuole, sale parrocchiali ecc.
- L'intervento si rivolge a piccoli gruppi **formati da 15/18 persone**
- I corsi sono tenuti da **due conduttori infermiere del servizio adi e diabetologia**

ha dimostrato che il senso di autoefficacia è fortemente correlato all'adozione di comportamenti positivi per la salute e che può essere rafforzato con interventi educativi.

L'obiettivo del Programma è quello di **rendere le persone con malattia cronica capaci di autogestire la propria malattia e quindi la propria salute**.

MATERIALI E METODI

Il Programma si rivolge a piccoli gruppi di **Pazienti cronici** (in fase iniziale di malattia-basso rischio o malattia conclamata - medio rischio o avanzata) o di loro familiari, che vengono **coinvolti in un Seminario** composto da **6 sessioni di 2 ore e mezzo ciascuna, una volta la settimana per 6 settimane**.

La metodologia dei Seminari si fonda sui principi dell'educazione tra pari (**peer education**): **accanto a un Conduttore Sanitario è infatti prevista**, con assoluta interscambiabilità ed equivalenza di funzioni, **la presenza di un Conduttore cittadino volontario non sanitario (detto laico) che è un malato cronico o un loro familiare**.

I Conduttori ricevono entrambi la stessa formazione, tenuta da **Formatori di Conduttori certificati Stanford**.

Le due figure di Conduttori si completano e si integrano; infatti **il laico**, che ha vissuto in prima persona l'esperienza della malattia, **risulta credibile**, costituisce un modello da imitare e rappresenta il **punto di forza del Programma**, mentre la presenza di un **Conduttore Sanitario** rassicura i partecipanti, dà autorevolezza ai contenuti affrontati e **diventa perno** per la diffusione delle competenze nella comunità.

Gli argomenti affrontati all'interno del Corso sono molteplici e diversificati: dalla gestione delle emozioni, alla capacità di pensare positivo nel prendere decisioni, da prove di rilassamento e di respirazione, alla sana alimentazione e ai benefici dell'attività fisica, per arrivare alla gestione dei farmaci e alla buona comunicazione con gli altri e con il Personale sanitario.

Il **focus** è sui **bisogni individuali** di ogni singolo Paziente, sull'efficacia del cambiamento di stile di vita in termini di salute e sull'uso appropriato dei Servizi (e non solo sulla soddisfazione dei Pazienti); il principio ispiratore è la centralità del Paziente per incrementarne le capacità/potenzialità individuali di autogestione della propria salute.

- L'autogestione comporta l'utilizzo di 5 abilità:**
- la capacità di **risoluzione dei problemi**
 - la capacità di **assumere decisioni**
 - l'**utilizzo di tutte le risorse esistenti**
 - la **collaborazione con il medico e gli operatori sanitari**
 - la capacità di **agire sulla base delle informazioni assunte e delle decisioni prese**.

Per la conduzione dei Seminari, i **Facilitatori** si avvalgono di un manuale, sottoposto a diritto d'autore, fornito dall'Università di Stanford, la cui traduzione e adattamento sono stati curati dalla Dott.ssa Donatella Pagliacci.

I **Conduttori sono formati con un Corso** di 4 giorni per 10-25 persone condotto da Formatori certificati. Il Corso non dovrebbe mai avere meno partecipanti di quelli indicati.

I **Corsi di dimensioni ridotte non** danno un'opportunità sufficiente per il modellamento e per capire realmente il senso di come si svolge un Seminario per Pazienti.

Da 12 a 20 persone è probabilmente il numero ideale. Formatori Esperti possono gestire anche gruppi di 25 persone, ma questo è il massimo.

Durante i quattro giorni, i discenti sperimentano ogni attività delle sei sessioni del Seminario, stabiliscono e riferiscono i loro piani d'azione, svolgono due esercitazioni di conduzione con un co-conduttore e praticano la gestione delle persone difficili nei gruppi. Inoltre, vengono loro forniti dettagli sulla Licenza e sul Programma.

Le **esercitazioni sono una parte importante della formazione**. Servono per dare ai partecipanti la possibilità di fare pratica del Programma e di acquisire fiducia nella propria capacità di svolgere il Seminario. Inoltre, servono come verifica della fedeltà al programma per l'organizzazione.

Se qualcuno dei discenti non è in grado di svolgere in modo adeguato la seconda esercitazione, non dovrebbe essere certificato.

Se la maggior parte dei conduttori potenziali hanno problemi alla seconda esercitazione c'è probabilmente un problema nella formazione.

Poiché le persone che partecipano al Corso sono persone con condizioni croniche è bene che le giornate di formazione non siano troppo lunghe.

Per questo la formazione è studiata per essere svolta in quattro giorni di 6 ore. Questi possono essere consecutivi, ma probabilmente è meglio offrire la formazione in due settimane: due giorni la prima e due giorni la

evoluzione competenze infermieristiche



4 LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE AVANZATE: ESPERIENZE DELLA EX ASL 2 LUCCA

di Ornella Ferrari e Tania Manetti - segue dalle pagine precedenti

X congresso provinciale ipasvi lucca

seconda: non frammentare la formazione in più di due settimane.

Per poter fare il Conduttore è necessario aver partecipato a TUTTO il Corso.

STATO DELL'ARTE

- **Nel mese di marzo** sono partiti contemporaneamente 4 gruppi di Pazienti diabetici condotti ciascuno da due Infermiere Esperte, due per la zona di Lucca e due per la zona della Valle del Serchio.
- **Il Progetto**, coadiuvato dal MES, ha come obiettivo l'intervento di implementazione strutturata e sistematica di educazione della persona diabetica: agire su alimentazione, attività fisica e gestione auto-efficace della malattia cronica per incidere sul controllo del peso e degli indicatori di malattia.
- **L'attività di educazione** proposta alle persone con diabete o ai familiari aiuta a modificare

gli stili di vita assumendo una gestione più attiva della malattia.

- **Il Progetto prevede** che, prima dell'avvio del Corso e a distanza di 3, 6, 12 mesi dalla sua conclusione, sia richiesto ai partecipanti di rispondere ad alcune domande al fine di misurare i risultati dell'attività di educazione in termini di stato di salute, autogestione, comportamenti, scelte nutrizionali e di attività fisica.

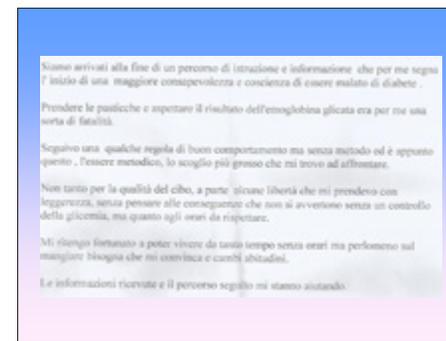
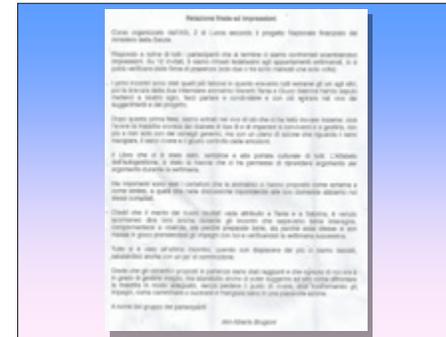
La prima intervista è stata effettuata nella Struttura individuata dagli Operatori Conduttori dove si è tenuto il Seminario: le interviste a 3, 6, 12 mesi saranno condotte al telefono dal Gruppo di ricerca del Laboratorio Management e Sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa che coordina il Progetto.

I risultati alla fine dei Corsi sono stati verificati dalle lettere che hanno scritto i partecipanti ai Medici di Famiglia e ai Responsabili del Programma e saranno poi verificati nei tempi sopra descritti.

Ornella Ferrari
Infermiera di Famiglia e di Comunità
Conduttore Metodo Stanford

Tania Manetti
Infermiera ADI - Lucca

Seguono le slide principali realizzate da Ornella Ferrari e Tania Manetti a commento del presente articolo.



evoluzione competenze infermieristiche

L'INFERMIERISTICA IN ITALIA: PROSPETTIVE FUTURE

di Barbara Mangiacavalli

In queste pagine riportiamo l'intervento che Barbara Mangiacavalli, Presidente della Federazione Nazionale Collegi IPASVI, ha tenuto il 12 maggio 2016 in occasione del X Congresso Provinciale Collegi IPASVI di Lucca.

Per una maggiore fedeltà a quanto espresso nella relazione, riportiamo molte delle slide che accompagnavano l'intervento di Barbara Mangiacavalli.

Contesto nel quale collocare il dibattito sull'evoluzione delle competenze:

- Evoluzione dell'infermieristica
- Demografia delle professioni
- Demografia della popolazione
- Sostenibilità del servizio sanitario
- Appropriatelyzza professionale e gestionale
- Perimetri professionali

Evoluzione dell'infermieristica

L'infermiere specialista non nasce con la legge 43/06 o con la legge 190/14, ma già con:

- Accordo di Strasburgo 1967-1975
- DM 739/94 e 70/97
- Legge 42/99
- Legge 509/99
- DM 270/04
- Legge 43/06

Tutte queste normative... parlano di formazione generalista e specialistica.

DEMOGRAFIA DELLA POPOLAZIONE



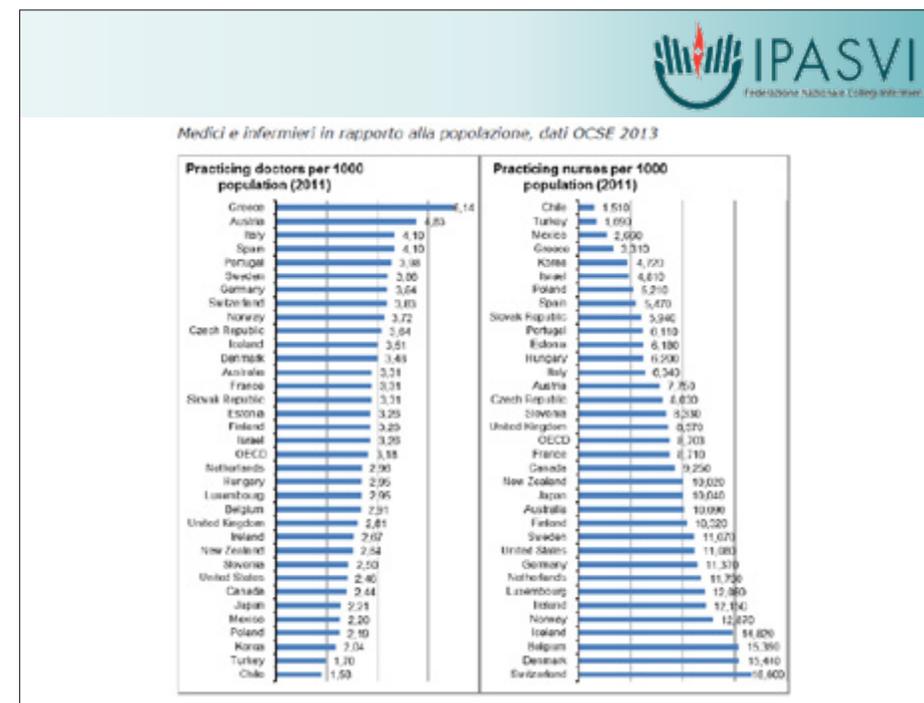
La popolazione in Europa non è mai stata in migliore salute come negli ultimi decenni ...



Dott.ssa Barbara Mangiacavalli
Presidente Nazionale Federazione Collegi IPASVI

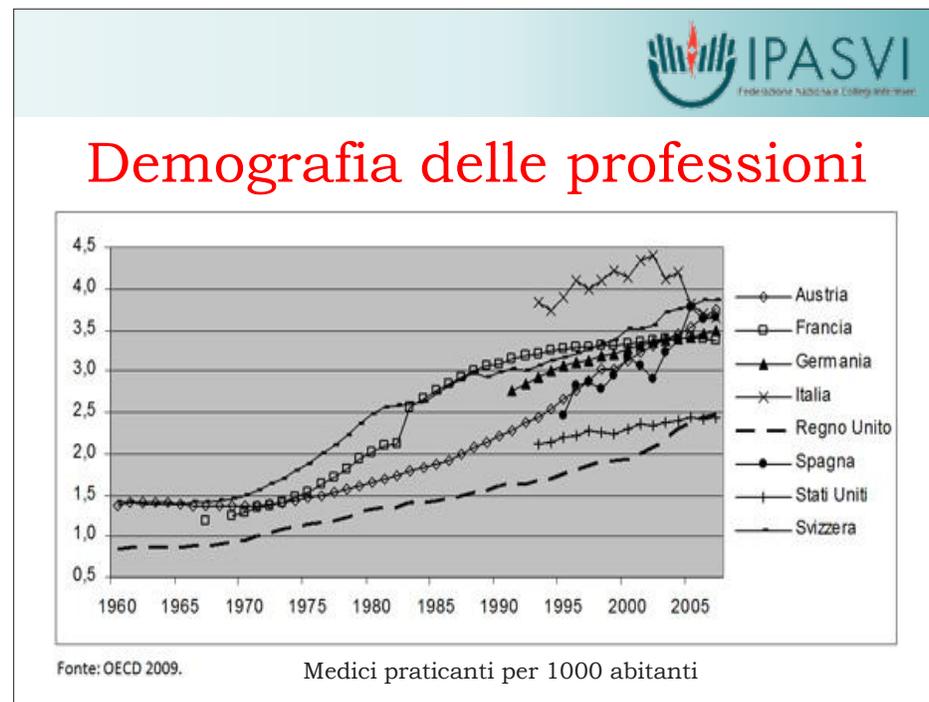
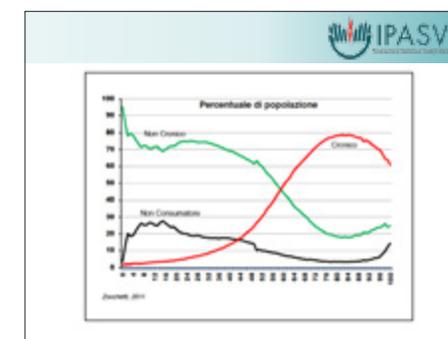
X congresso provinciale ipasvi lucca

evoluzione competenze infermieristiche



Aspettative di vita alla nascita tra uomini e donne anno 2014 (OMS)

PAESE	UOMINI		DONNE	
	AVQ	PAESE	AVQ	PAESE
Islanda	81.2	Giappone	87	
Svizzera	80.7	Spagna	85.1	
Australia	80.5	Svizzera	85.1	
Israele	80.2	Singapore	85.1	
Singapore	80.2	Italia	85	
Neozelandese	80.2	Francia	84.9	
Italia	80.2	Australia	84.6	
Giappone	80	Repub. Corea	84.6	
Svezia	80	Lussemburgo	84.1	
Lussemburgo	79.7	Portogallo	84	



LA CRONICITÀ E LA PLURIPATOLOGIA

(Fonte: multiscopo 2013)

Il 7,7% ha dichiarato di stare male o molto male.

Il 14,8% dell'intera popolazione ha dichiarato almeno una malattia cronica grave.

Il 13,9% ha problemi di multicronicità (dichiara tre o più malattie croniche).

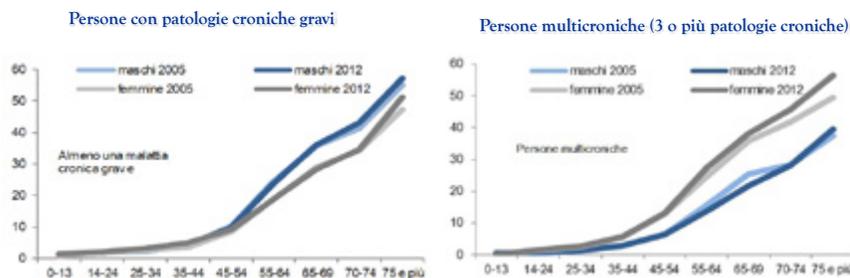
La cronicità e la pluripatologia

(Fonte: multiscopo 2013)

Il 7,7% ha dichiarato di stare **male o molto male**.

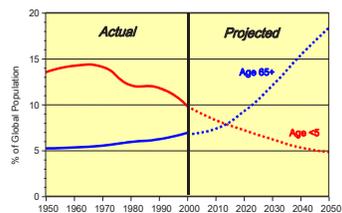
Il 14,8% dell'intera popolazione ha dichiarato almeno una malattia cronica grave.

Il 13,9% ha problemi di multicronicità (dichiara tre o più malattie croniche).



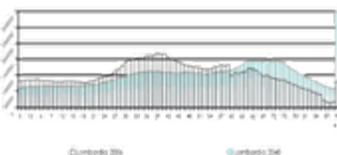
(Progetto IPASVI Bocconi 2014)

Evoluzione delle classi di età



Source: World Population Prospects: The 1996 Revision, Annex 2 (Low-Variant Projection) UN Population Division

Raffronto tra la struttura per età della popolazione negli anni 2005 e 2040

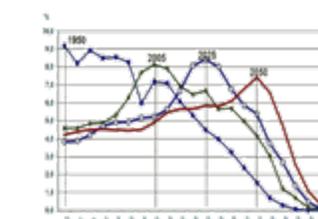


Fonte: Elaborazione Synergia su dati Istat

DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE PER CLASSI D'ETÀ: 1950, 2005, 2025 E 2050

(Fonte: ISTAT)

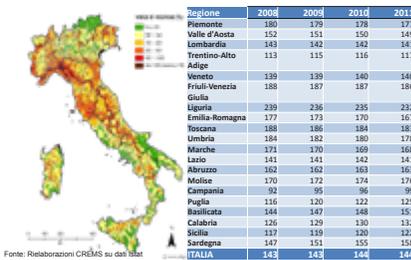
Distribuzione della popolazione per classi d'età: 1950, 2005, 2025 e 2050



Fonte: Istat

INDICE DI VECCHIAIA, PER REGIONE, DAL 2008 AL 2011

Indice di vecchiaia, per Regione, dal 2008 al 2011



Fonte: Relaborazioni CRESIS su dati Istat

Ultra 65enni Istat 2016



La «cronicità» della Lombardia

Numero assistiti 2012: 10.157.474
 Numero Cronici CReG (*): 3.227.763
 Cronici su Assistiti 31,8%
 Spesa complessiva Cronici (**): 79,6%

(*): i pazienti classificati come cronici partendo da traccianti di consumo e da esenzione ticket
 (**): % di spesa degli Assistiti Cronici sul totale della spesa relativa a ricoveri ospedalieri, prestazioni ambulatoriali, Farmaceutica, Tiro T

	Prestazioni Ambulatoriali	Ricoveri	Prestazioni Farmaceutiche	File F	TOTALE
ASSISTITI RL 2012	2.796.145.228	€ 4.750.212.115	1.879.752.851	€ 855.362.331	10.281.462.525
CRONICI 2012	1.883.717.698	€ 3.864.832.776	1.630.542.802	€ 808.783.523	8.187.876.799
Incidenza %	67,4%	81,4%	86,7%	94,6%	79,6%

Fonte: Regione Lombardia

DEMENZA: UN PROBLEMA MONDIALE

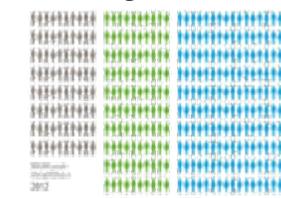
Fonte: OECD Insights – Ageing Debate The Issues, 2015

Un esempio interessante di come i sistemi sanitari lottano per rispondere in modo adeguato alla complessità crescente dell'invecchiamento della popolazione è la demenza. La demenza colpisce un numero crescente di persone in tutto il mondo,

attualmente stimato in 47 milioni, ma dovrebbe salire a 76 milioni entro il 2030.

Tra i paesi OCSE, Francia, Italia, Svizzera, Spagna, Svezia e Norvegia hanno il tasso di prevalenza più alto, con 6,3% al 6,5% della popolazione di età compresa tra 60 anni e finita ora stimato a vivere con demenza. Per una persona affetta da demenza, la prospettiva è piuttosto triste. Per cominciare, non esiste una cura ancora né il trattamento modificante la malattia.

Lo scenario della demenza nel Regno Unito

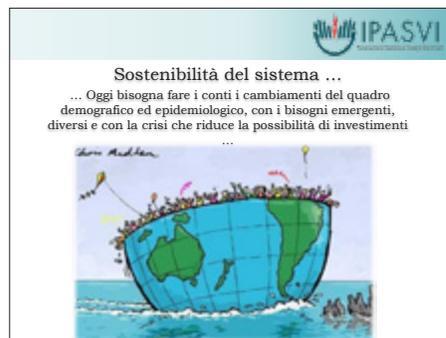


Fonte: The King's Fund, the Department of Health and the Respective NHS Trust, 2013

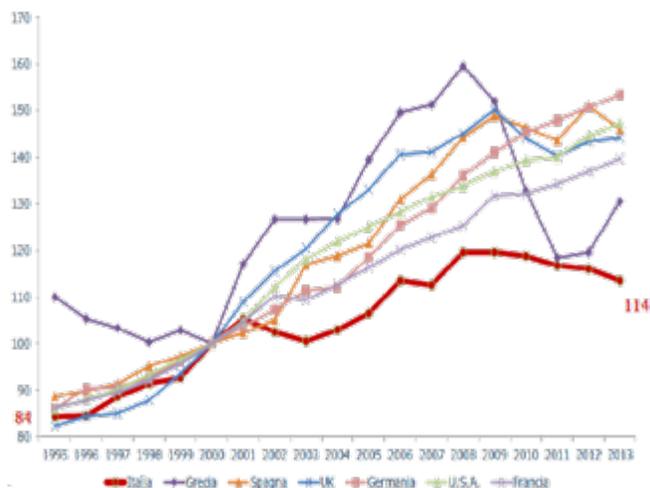
I SISTEMI SANITARI NON SONO PREPARATI PER LA POPOLAZIONE CHE INVECCHIA

Fonte: OECD 2015, Ageing: Debate Issues

Il modello di erogazione di assistenza sanitaria oggi prevalente non ha tenuto il passo con il mutare dell'epidemiologia e del bisogno di salute della popolazione. Il focus rimane spesso sulla costruzione di nuovi ospedali, l'acquisto di nuove e costose attrezzature e nell'aggiornamento delle strutture dei servizi per acuti. La gestione dei processi di cura resta in gran parte incentrata attorno alla cura di bisogni episodici. Tuttavia, l'invecchiamento della popolazione richiede un approccio diverso, che coinvolge il passaggio dall'acuzie, episodica e ospedalocentrica alla gestione delle malattie croniche, alla continuità della somministrazione delle cure con diverse impostazioni, con un ruolo importante per i professionisti di cure primarie.



Confronto internazionale: crescita spesa sanitaria totale



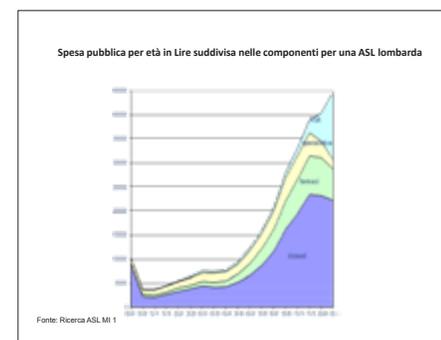
Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD e WHO

Le risorse economiche

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Spesa sanitaria totale										
Miliardi di euro	115,1	121,1	127,2	127,8	135,6	136,8	139,3	139,7	137,6	135,7
In % del PIL	8,2	8,4	8,5	8,2	8,6	9,0	9,0	8,8	8,8	8,7
Spesa sanitaria pubblica										
Miliardi di euro	90,2	96,1	101,3	101,6	108,4	110,1	112,3	110,8	109,1	108,8
In % della spesa sanitaria totale	78,3	79,4	79,7	79,5	79,9	80,5	80,6	79,3	79,3	80,2
In % del PIL	6,5	6,7	6,8	6,5	6,9	7,2	7,2	7,0	7,0	7,0
Spesa sanitaria privata										
Miliardi di euro	24,9	25,0	25,8	26,2	27,2	26,7	27,0	28,9	28,5	26,9
In % della spesa sanitaria totale	21,7	20,6	20,3	20,5	20,1	19,5	19,4	20,7	20,7	19,8
In % del PIL	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,7	1,8	1,8	1,7

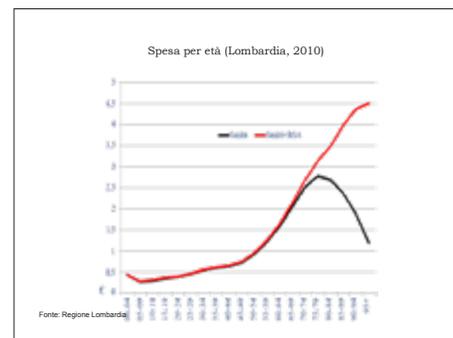
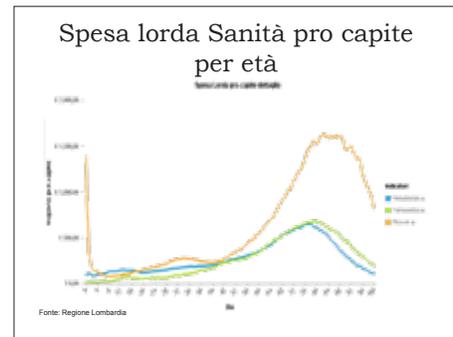
(Progetto IPASVI Bocconi 2014)

SPESA PUBBLICA PER ETÀ IN LIRE SUDDIVISA NELLE COMPONENTI PER UNA ASL LOMBARDA



IL CONTESTO DI RIFERIMENTO: IL TEMA DELLA CRONICITÀ





Classe 65-69 28% delle donne e 36% degli uomini con almeno una patologia cronica grave.
Classe >75 51% delle donne e 57% degli uomini (ISTAT, 2014).

La domanda di salute di una popolazione sempre più anziana e sempre più affetta da patologie croniche mette sotto pressione la tenuta finanziaria del sistema.

Sostenibilità del Sistema?

APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E GESTIONALE

"L'asimmetria tra bisogni di salute e assistenziali dei cittadini e offerta sanitaria genera inapproprietezza e determina un gap crescente tra disponibilità delle risorse e esigenze di finanziamento di una matrice di servizi e prestazioni che, peraltro, soddisfa sempre meno le esigenze dei cittadini"

Fonte: Censis, 2013

- Nel 2011 le famiglie italiane hanno speso 28 miliardi di € per prestazioni sanitarie out of pocket. In 1 anno oltre 3 milioni di italiani hanno fatto ricorso a prestazioni infermieristiche in forma privata, con un valore di circa 850 milioni €.
- Quantificazione ridotta rispetto al reale fabbisogno, con la contemporanea presenza di risposte inappropriate (1 milione di badanti).
- Stima per i pz. oncologici di 1,9 miliardi di €
- Nel 2012 l'11,1% dei cittadini dichiara di aver

Fonte: Censis, 2013

rinunciato alle cure (accertamenti o visite specialistiche, interventi chirurgici o acquisto di farmaci). Tale quota sale al 13,2% fra le donne mentre a livello territoriale è più elevata nel Mezzogiorno (15%).

- Nel 50,4% dei casi, chi rinuncia ad una prestazione sanitaria lo fa per motivi economici, nel 32,4% a causa delle liste d'attesa o eccessiva distanza dalle strutture.

Fonte: Istat, 2014

Una nuova sfida ... per conciliare ...
... Valori Fondanti ...

VALORI FONDANTI
Dei sistemi di tutela della salute con OBIETTIVI di Razionalizzazione e Responsabilizzazione nell'impiego delle risorse

Secondo l'OCSE ... l'Italia si trova a dover affrontare due sfide ...

- 1 - Garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa sanitaria non vadano a intaccare la qualità
- 2 - Sostenere le Regioni e le Province Autonome che hanno una infrastruttura più debole, affinché possano erogare servizi di qualità

Come mantenere i Principi che definiscono il SSN e sostengono complessivamente il Sistema ?

Maggiore forza e spazio alle potenzialità dei professionisti sanitari

Innovare i modelli organizzativi e i processi di lavoro

Aumentare l'efficienza e l'appropriatezza del Sistema stesso.

L'INFERMIERISTICA IN ITALIA: PROSPETTIVE FUTURE

di Barbara Mangiacavalli - segue dalle pagine precedenti

i 40

i 41

X congresso provinciale ipasvi lucca

IN SINTESI...

- Bisogni emergenti dei singoli e della collettività
- Innovazione e sostenibilità del SSN - Sistema salute
- Ridefinizione funzione degli ospedali e del territorio
- Nuovi paradigmi organizzativi e assistenziali
- *Up Grading* formativo e operativo degli infermieri
- Relazioni e responsabilità intra equipe.

PERCHÉ È STATO ATTIVATO IL TAVOLO DI LAVORO MINISTERO/REGIONI?

Alcune motivazioni le possiamo ricavare dagli stessi documenti diffusi:

- una specifica richiesta delle Regioni al Ministero della Salute con nota prot. 458704 del 5/10/2011 nella quale si chiedeva di avviare un tavolo congiunto per la verifica dei profili professionali sanitari esistenti in un'ottica di ampliamento delle competenze dei professionisti;
- le necessità, definite e condivise dal Ministero della Salute, di ampliare le competenze dei professionisti della sanità e l'opportunità di accoppiare le figure dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico; (tramontata nell'ultima bozza)
- la costante e profonda evoluzione nei settori scientifico, epidemiologico, demografico, formativo/professionale nonché lo sviluppo dell'informatizzazione e delle tecnologie con conseguente rimodulazione dei processi assistenziali e organizzativi in ambito sanitario e socio sanitario;
- la proposta di PSN 2012-2014, approvata dalla Conferenza Stato-Regioni, che, al punto 1.6 prevede lo sviluppo di nuove competenze e responsabilità da parte delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della

prevenzione, consolidando quanto già in atto nel nostro Paese ed uniformandosi così agli altri sistemi europei.

Altre motivazioni possono essere ricercate:

- attuale assetto istituzionale che prevede precise responsabilità in capo alla definizione delle competenze delle professioni sanitarie (in capo allo Stato e non alle Regioni), da qui la scelta del percorso di accordo Stato Regioni;
- necessità (non più procrastinabile) di individuare soluzioni organizzative efficaci ma anche economiche;
- trovare supporto e convalidare nuove esperienze organizzative (see and treat, gestione codici bianchi di PS, mezzi di soccorso intermedio, nurse preoperatorio, ...) riducendo eventuali contenziosi;
- ipotesi prospettata di riduzione del numero dei medici.

METÀ APRILE 2012 DIFFUSIONE 1ª BOZZA DEL LAVORO

Nel gennaio 2015 la FNC costituisce un gruppo di lavoro sulla tematica "competenze infermieristiche" a seguito dell'approvazione della legge 190/14, art. 1, comma 566

LEGGE 26 febbraio 1999, n. 42

Disposizioni in materia di professioni sanitarie, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 1999

Art. 1.
(Definizione delle professioni sanitarie)

Art. 2. ... **fatte salve le competenze previste per le professioni mediche** e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

LEGGE 23 dicembre 2014, n. 190

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015). (14G00203)

(GU n.300 del 29-12-2014 - Suppl. Ordinario n. 99)

Vigente al: 1-1-2015

Comma 566. **Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia**, con accordo tra Governo e regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della pre-

venzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Inoltre il comma 566 richiama...

Orientamenti del Patto per la salute e pone le basi per intervenire su **ruoli, funzioni e modalità operative dei professionisti sanitari**, sostenendo l'evoluzione delle loro competenze - anche attraverso percorsi di formazione complementare - e privilegiando i sistemi a rete e il lavoro in squadra. La Federazione pertanto ha costituito un gruppo di infermieri esperti nell'ambito della formazione infermieristica e della gestione e organizzazione dei processi assistenziali nelle strutture sanitarie, per elaborare una proposta che definisca la prospettiva della FNC stessa per quanto attiene la tematica **"evoluzione delle com-**

"Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e Regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione anche attraverso percorsi formativi complementari...."

competenze cliniche

"perfezionate"

"esperte"

"specialistiche"

evoluzione competenze infermieristiche

L'INFERMIERISTICA IN ITALIA: PROSPETTIVE FUTURE

di Barbara Mangiacavalli - segue dalle pagine precedenti

petenze", indicando tipologia funzionale, percorso formativo e agibilità nell'organizzazione dell'infermiere:

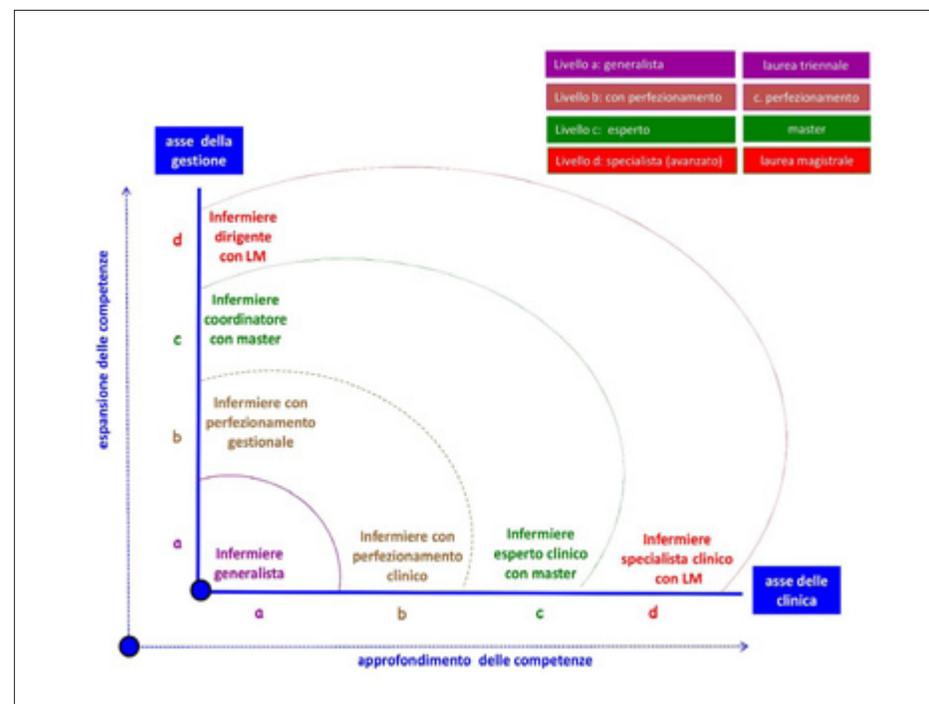
- con competenze cliniche "perfezionate"
- con competenze cliniche "esperte"
- con competenze cliniche "specialistiche"

IL DOCUMENTO DELLA FNC IPASVI

Definizione di un "Documento quadro" con annesse "Note definitorie e metodologiche"

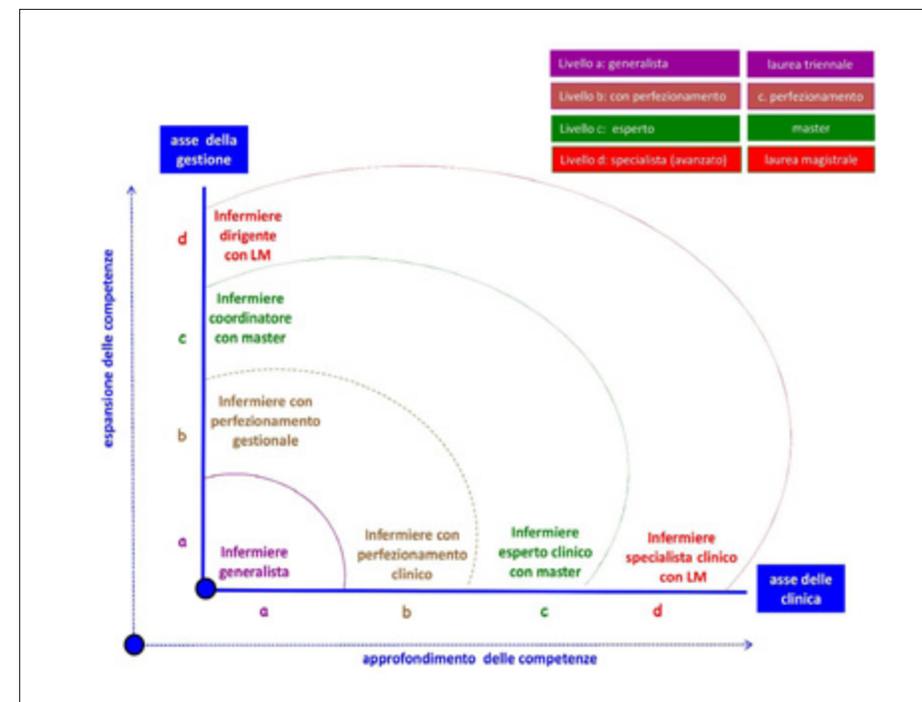
Il documento quadro indica:

- Tipologia funzionale
- Percorso formativo
- Agibilità nell'organizzazione del percorso e della progressione delle competenze dell'Infermiere



LIVELLI DI APPROFONDIMENTO DELLE COMPETENZE CLINICHE

- Infermiere con perfezionamento clinico: corso di perfezionamento universitario per approfondire competenze in un'area tecnica operativa (es. accessi)
- Infermiere esperto clinico con master: approfondire competenze in un settore specifico dell'Al. Esperto di parti di processo o peculiari pratiche assistenziali (es. anestesia/rianimazione, strumentazione chirurgica, wound care, ecc.)
- Infermiere specialista clinico con laurea magistrale: governa i processi assistenziali tipici di una delle aree previste (cure primarie, emergenza/urgenza, medica, chirurgica, pediatrica, salute mentale)

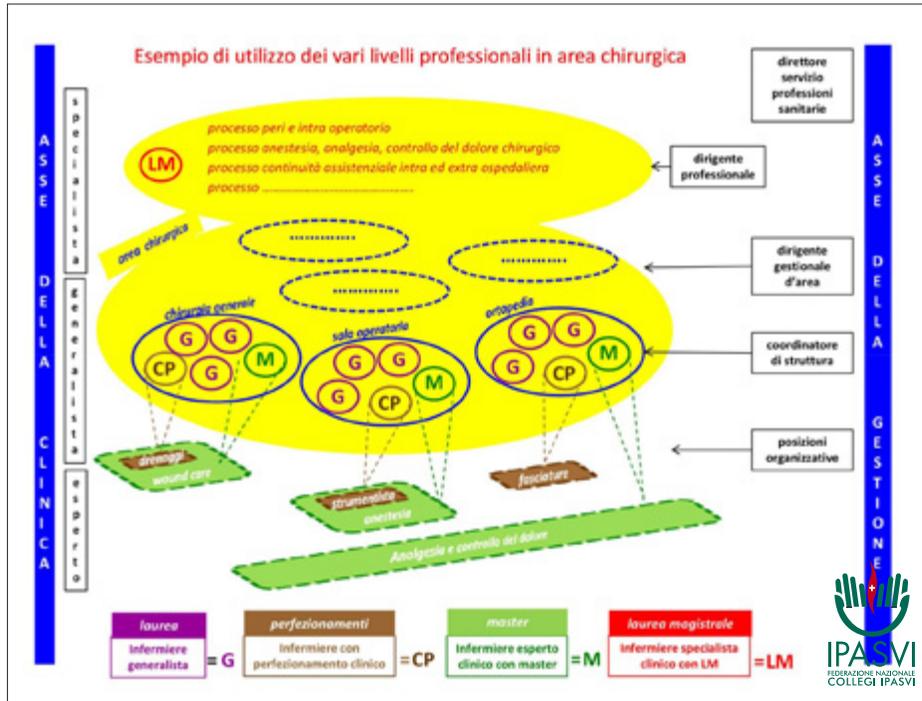


LIVELLI DI ESPANSIONE DELLE COMPETENZE GESTIONALI

- Infermiere con perfezionamento gestionale: corso di perfezionamento universitario per competenze in specifiche funzioni organizzative (es. bed manager)
- Infermiere coordinatore con master: acquisire conoscenze e capacità di governo dei processi organizzativi e di risorse in unità organizzative
- Infermiere dirigente con laurea magistrale: competenze nel prendere responsabilità di governo di processi organizzativi e di risorse nei vari livelli di strutture (dipartimento, area, piattaforma, presidio, distretto) e nell'ambito formativo. Revisione esclusività master per coordinamento?



di Barbara Mangiacavalli - segue dalle pagine precedenti



PERCHE' UNA FORMAZIONE SPECIALISTICA ?

- È necessaria per evitare che alcune abilità siano intese quale unico e vero obiettivo che si vuole perseguire.
- Le Specializzazioni infermieristiche pretendono l'approfondimento disciplinare del processo di assistenza e successivamente disegnano le abilità tecniche ascrivibili e spendibili dagli infermieri
- Abilità da utilizzare nei processi di assistenza su tutto il territorio nazionale
- L'infermiere vuole lavorare in squadra con paradigmi professionali, relazionali e organizzativi diversi dagli attuali
- L'infermiere vuole ragionare su ciò che serve agli assistiti e alla sostenibilità del SSN.



Dott.ssa Barbara Mangiacavalli
Presidente Nazionale Federazione Collegi IPASVI



Quali vantaggi per i cittadini ?

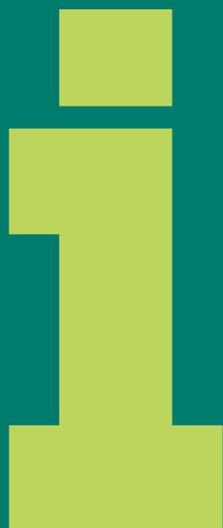
... Risposte assistenziali appropriate ai "nuovi" bisogni ...



Quali vantaggi per professionisti ?

... Riconoscimento e valorizzazione delle competenze professionali ...





SEGRETERIA DEL COLLEGIO

via Viaccia I, n.140 - S. ANNA
55100 LUCCA

per contatti telefonici:

lunedì e giovedì ore 10 - 12

sportello aperto al pubblico:

mercoledì ore 8,30 - 12,30
giovedì ore 15,30 - 18,30

tel. + fax **0583 419114**
cell. TIM **334 7853928**

sito web www.IPASVI.lucca.it

e-mail:

info@IPASVI.lucca.it
segreteria@IPASVI.lucca.it
redazione@IPASVI.lucca.it
presidenza@IPASVI.lucca.it
amministrazione@IPASVI.lucca.it
IPASVIlu@tin.it

*per informazioni, quesiti e richieste di
appuntamento utilizzare l'indirizzo di
posta elettronica*
info@IPASVI.lucca.it