

IL CONTESTO POLITICO, ECONOMICO E NORMATIVO 2007/2009

Il Servizio Sanitario si trova a dover far fronte all'impegno di mantenere e migliorare la propria capacità di offerta di prestazioni e di servizio secondo criteri di efficienza, di produttività, di economicità e di qualità, per contenere e ridurre il costo del sistema e per massimizzarne i benefici. La comparsa di nuove dinamiche competitive all'interno del sistema con il mondo del privato, che incide sulle strategie e sulle dinamiche interne, e l'introduzione di logiche microeconomiche all'interno della gestione con risorse definite modificano di fatto le logiche di tutto il sistema. Tali sollecitazioni si traducono in una forte spinta alla razionalizzazione del funzionamento complessivo del sistema sanitario, sia rispetto alla riorganizzazione ed al coordinamento dei servizi sul territorio di competenza, sia nella distribuzione della spesa tra i diversi livelli di assistenza.

In altri termini, per chiarire meglio il quadro generale del nostro sistema salute, le logiche della nuova sanità con la regionalizzazione del sistema e l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie, con l'andamento generale che privilegia l'aspetto economico e spinge sempre più a comprimere la spesa sanitaria, in un anomalo mercato sanitario, inducono a non impegnarsi a fondo per ottenere risultati in termini di salute. Inoltre, il nuovo meccanismo di finanziamento a prestazione, con l'introduzione delle aggiornate tariffazioni e dei DRG, porta i Direttori Generali a influenzare più o meno direttamente gli operatori sanitari in favore delle attività che risultano economicamente più vantaggiose.

Le cause principali di questo trend sono imputabili prevalentemente ai seguenti aspetti: il mutato stile di vita e della struttura familiare; l'evoluzione dei bisogni socio sanitari, con una richiesta da parte dei cittadini di una maggiore qualità delle prestazioni e delle aspettative, non sempre appropriate; l'allungamento della vita associata alla bassa natalità; l'evoluzione e i progressi della medicina e della tecnologia sanitaria che hanno prodotto la diminuzione della mortalità per patologie acute con l'aumento delle patologie croniche invalidanti, la conseguente crescita del consumo farmaceutico con terapie sempre più complesse e costose, l'utilizzo improprio di prestazioni e servizi sanitari, gli inadeguati investimenti nella Prevenzione.

Per tutte queste ragioni aumenta l'esigenza e la spinta al cambiamento e alla riorganizzazione dell'attuale sistema di assistenza tradizionale che non è più in grado di rispondere compiutamente ai bisogni di salute. Un progressivo aumento dei costi di gestione risulta non più compatibile con il quadro economico. La letteratura scientifica indica l'applicazione e la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi assistenziali più integrati, con il superamento delle rigide divisioni delle attuali organizzazioni sociosanitarie tradizionali, per il necessario recupero dell'efficacia e efficienza clinica organizzativa, all'interno del sistema di produzione e di erogazione del sistema sociosanitario. Si suggeriscono sempre più modelli strutturali ed organizzativi a più alta integrazione e coordinamento, percorsi assistenziali e livelli di assistenza, modelli organizzativi per intensità di cura.

Un'organizzazione del lavoro non più pensata rigidamente, come tradizione, separata in reparti e unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica, a compartimenti stagni, ospedale o territorio, ma un'organizzazione più di sistema, come è naturale, considerando il nostro corpo non rigidamente diviso per organi, con

percorsi clinici e aree omogenee, che ospitano le persone malate in base alla gravità del caso clinico ed il livello di assistenza necessario, con il conseguente sviluppo di soluzioni organizzative formalizzate capaci di rispondere alle esigenze organizzative di coordinamento, integrazione e collaborazione e gestione delle interdipendenze, prodotte dalla divisione e specializzazione delle competenze, che collega le relative attività delle aree coinvolte all'interno del percorso.

Un modello organizzativo finalizzato a rispondere all'esigenza di un'organizzazione più flessibile e più appropriata delle aree di degenze attuali. Una riorganizzazione, ovviamente pensata nello specifico particolare contesto; una sperimentazione necessaria per rispondere ai cambiamenti e all'evoluzione dei bisogni di cura (basta pensare all'alta cronicità, che ha origine in età giovanile, come le malattie cardiovascolari, bpc, ictus, cancro, che costituiscono le principali cause di morte e che assorbono una quota molto rilevante di risorse), ai diversi bisogni di intensità di cura e alle più evolute possibilità tecniche e tecnologiche, con una chirurgia sempre più mininvasiva e con tecniche chirurgiche più veloci e con una diversa gestione del post operatorio; la crescente sovrapposizione e integrazione tra discipline, come la medicina e la chirurgia con la diagnostica interventistica,

E' necessaria, considerando le risorse definite, una diversa organizzazione che si propone di garantire le migliori risposte possibili attuali, sia in termini di efficacia che di efficienza. C'è bisogno di un sistema sociosanitario ad alta intensità di relazioni, che favorisce il dialogo, l'interdisciplinarietà e la diffusione delle competenze, dove tutte le decisioni che riguardano gruppi di persone/utenti devono risultare dall'equilibrio-integrazione tra evidenze scientifiche, risorse disponibili, bisogni del cittadino e valori. La necessità di utilizzare le evidenze scientifiche cresce parallelamente anche per la necessità di rendere pubblici gli indicatori di appropriatezza clinica organizzativa e dei risultati ottenuti.

Passaggio al sistema di budgeting come strumento di programmazione e controllo, dove viene esplicitato ciò che deve essere fatto, dunque il programma, gli obiettivi e le attività da svolgere per creare le migliori condizioni organizzative possibili, per raggiungere gli scopi prefissati a fronte della quantità delle risorse collegate su un periodo definito. Lo strumento budget condiviso e partecipato permette all'intero sistema di osservare e misurare l'andamento dell'attività svolta, oltre che orientare e responsabilizzare i comportamenti.

IL METODO ADOTTATO PER RENDERE PIÙ AGEVOLE IL PERCORSO DI CAMBIAMENTO, IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI FISSATI DALLE RIPROGETTAZIONI ASSISTENZIALI DEL DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI

Tutti i progetti del Servizio Infermieristico prima e successivamente del Dipartimento delle professioni Sanitarie confluiscono, sempre in maniera più strutturata ed organica, negli obiettivi generali e negli obiettivi specifici, esplicitati successivamente nelle "Riprogettazioni assistenziali".

Gli obiettivi generali e gli obiettivi specifici venivano prima condivisi con la Direzione di Zona e con la RSU, la parte sindacale nella contrattazione integrativa aziendale. Successivamente, alcuni venivano inseriti negli obiettivi di budget e riversati su tutte le unità operative coinvolte, per tutta l'area del "Comparto" (anche per la

componente medica quando coinvolti negli obiettivi); altri, coerenti con le indicazioni regionali, venivano inseriti nel salario collegato alla produttività, denominato "Quota B"; solo una piccola percentuale seguiva la valutazione permanente, "Quota A" per gli obiettivi specifici. Gli obiettivi più complessi o altri ritenuti prioritari per la componente assistenziale venivano legati ai percorsi formativi obbligatori ECM con l'acquisizione dei crediti previsti. La gestione del salario di produttività seguiva una sua regolamentazione descritta negli accordi contrattuali di Zona per cercare la massima condivisione e diffusione possibile.

Erano indette riunioni mensili formali con tutti i coordinatori e con le posizioni organizzative dipartimentali, con relazioni finali e approvazione dei contenuti; luoghi di incontro aperto e franco per discutere insieme le problematiche presenti nelle varie Unità Operative, sia organizzative che cliniche-assistenziali, oltre che per condividere, elaborare i progetti e approfondire le nuove norme che ci riguardavano e regolavano la nostra vita lavorativa.

Erano indetti altri incontri di confronto e di approfondimento con tutti gli operatori interessati ai cambiamenti normativi e contrattuali e alle innovazioni proposte.

Il Dipartimento delle Professioni era inoltre sempre presente nelle Unità Operative/ Servizi e nelle degenze per osservare e ascoltare gli operatori delle prime linee e nei gruppi di lavoro; non era mai assente nei reparti dove si presentavano problemi imprevedibili.

L'attuazione del progetto "Pegaso", strumento informatizzato innovativo utile per favorire una maggiore integrazione, informazione e comunicazione tra i coordinatori e gli operatori tutti, che permette la gestione dei Turni, sia Ospedalieri che Territoriali, dopo un breve percorso formativo; la creazione di una rete, con la possibilità di avere cartelle sempre aggiornate su "Norme e Leggi Sanitarie", "Budget", "Progetti Formativi", "Protocolli e procedure", "Links utili", "Adeguamento e Linee guida al DGR1212/2004", "Turni", ecc.; una piattaforma ad uso interno, elaborata insieme a Claudio Sorge e Massimo Massetti, colleghi con più abilità informatiche, con la collaborazione del Servizio Informatico per gli aspetti tecnici pratici.

La creazione nel 2007 del "CENTRO STUDI RISK MANAGEMENT - EVIDENCE BASED PRACTICE" all'interno del Servizio infermieristico Ospedaliero/Dipartimento delle Professioni Sanitarie, riconosciuto poi formalmente con determina n. 961 del 14 settembre 2011.

Le finalità del Centro Studi Risk Management riguardavano il miglioramento della qualità dell'assistenza e la garanzia al cittadino di cure sicure, attraverso la ricerca delle evidenze e delle buone pratiche. Altro aspetto importante del Centro è l'attività di supporto nell'elaborazione o nella revisione dei protocolli e delle procedure, anche per approfondire e chiarire quesiti clinici che scaturiscono dalla pratica clinica.

Il gruppo Centro Studi Risk Management nasce inizialmente come Gruppo delle Professioni sanitarie, poi si allarga naturalmente alle altre professionalità, sempre presenti nei percorsi di cura, come quella del medico, del farmacista, dell'ingegnere clinico.

A conclusione dei progetti assistenziali, dei protocolli o delle procedure avveniva la presentazione ufficiale, con una "Gionata di studio" accreditata con crediti ECM, per

informare e far conoscere i risultati ottenuti. Erano invitati a esporre relatori interni, tutti gli operatori che avevano preso parte attiva al percorso previsto dal progetto formativo, o esterni di indiscussa competenza e noti a livello nazionale. La presentazione avveniva nella Sala Convegni della nostra azienda o in sede esterna se erano coinvolte più realtà operative regionali. Veniva data ad operatori esterni la possibilità di iscriversi.

Altra strategia adottata è stata l'occupazione di tutti gli spazi vuoti non gestiti e non occupati che riguardavano l'assistenza e in generale la cura della persona. A questo progetto si dedicavano sempre molte azioni e tempo. Attraverso i gruppi di lavoro e l'ascolto di tutte le componenti professionali interessate venivano proposte soluzioni, finalizzate a rimuovere o a migliorare un problema ritenuto rilevante poiché non in linea con le evidenze scientifiche, come la redazione e l'attuazione dei percorsi per l'"Emergenza Intraospedaliera" e la revisione dei "Protocolli e Procedure", iniziando da quelli più trasversali presenti nella progettazione della formazione.

Un altro importante obiettivo riguardava la nostra presenza in tutti i gruppi di lavoro specifici e in tutti gli organismi dove si programmava e si decideva, non affatto scontato, come nel Collegio di Direzione, nella Delegazione di Parte Pubblica, nella Contrattazione Aziendale, nel Comitato Infezioni Ospedaliero.

CRITICITA'

La difficoltà ad avere una dotazione organica stabile, adeguata alla mole di lavoro, ai posti letto, all'aumentata offerta di prestazioni e servizi, con figure di supporto dedicate all'assistenza, oggi OSS (allora AS, ASS, OTA che inizialmente erano dedicati prevalentemente alle pulizie generali), per ridurre al minimo il tempo dedicato alle attività improprie e dare più tempo alle attività assistenziali necessarie e più rilevanti.

Avere almeno la dotazione organica minima necessaria prevista e stabile (a volte la percentuale di personale precario era molto significativo) significa mettersi nelle condizioni di progettare un percorso formativo, che solo a medio e lungo tempo può dare dei risultati, per mettere in sicurezza e migliorare l'assistenza prestata sempre più personalizzata, in risposta a dei reali bisogni assistenziali.

Si sentiva molto l'esigenza di **consolidare**, di far maturare nell'operatività quotidiana i numerosi processi di cambiamento messi in atto, per poter rendere più stabile il livello di qualità clinico organizzativo raggiunto soprattutto sotto il profilo metodologico, **per ridurre al minimo il rischio di tornare indietro**, finita la forte spinta al cambiamento.

PUNTI DI FORZA

Un punto fondamentale in questo periodo che ci ha permesso di arrivare ad ottenere dei risultati è stato la coerenza e la convergenza degli obiettivi che provenivano dal basso (oggi diremmo dalla «line»), dai diversi bisogni espressi dalle persone e dalla componente professionale, soprattutto infermieristica, con gli obiettivi di budget dei Responsabili delle varie Unità Operative e dei Direttori Aziendali territoriali, che discendevano da obiettivi dei Direttori regionali, che a loro volta provenivano da leggi regionali e nazionali. **Coerenza e convergenza costituiscono la massima espressione del concetto di "Unitarietà del sistema organizzativo salute".**

Altro fondamentale punto di forza, che ha dato un forte impulso a questo percorso di riorganizzazione e a questa "idea di sanità pubblica" è **"L'evoluzione del quadro normativo ed etico della professione infermieristica"**.

L'evoluzione della professione infermieristica ha avuto un forte impulso a partire dagli anni '90, con una forte spinta della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, oggi Ordine delle Professioni Infermieristiche.

Il processo di professionalizzazione, "il valore progettuale" dell'intero percorso, inizia dai primi anni '90 con molta determinazione da Suor Odilia D'Avella, nelle vesti di Presidente IPASVI, fino all'approvazione della legge n. 42 del 1999 che sancisce che quella dell'infermiere è una professione sanitaria, abolendo il concetto di ausiliarità. Tale percorso continua con grande autorevolezza, ostinazione e competenza con Annalisa Silvestro presidente IPASVI dal 2000 al 2014.

L'evoluzione del quadro normativo della professione infermieristica vede il suo inizio con il d.lgs del 30 dicembre 1992, n. 502, poi integrato dal d.lgs n. 517, che trasferisce la formazione infermieristica dalla sede regionale a quella universitaria e stabilisce la conseguente ridefinizione del "Profilo dell'Infermiere", che si concretizza con il d.m. del 14 settembre 1994, n. 739, pietra miliare nel processo di professionalizzazione dell'attività infermieristica. Si riconosce l'infermiere responsabile dell'assistenza infermieristica; si precisa la natura dei suoi interventi, gli ambiti lavorativi, la metodologia del lavoro, le aree della formazione specialistica. Non fu così scontato il raggiungimento di tale traguardo: vi furono due grandi manifestazioni a Roma, la prima nel 1992 voluta dall'ANIARTI, associazione degli infermieri di terapie intensive; la seconda nel 1994 voluta dalla Federazione IPASVI, che raccolse più di 50.000 infermieri provenienti da tutte le parti d'Italia.

Nel 1996 ci fu il "Patto", un'alleanza tra cittadino e infermiere che stabilisce che, in caso di malattia, l'infermiere si deve prendere cura di lui. Una dichiarazione solenne, una presa di posizione pubblica, per affermare la "centralità della persona" nel processo di cura; il rilancio della comunicazione con il cittadino, per far sentire finalmente la propria voce e uscire dall'anonimato. L'infermiere si allea sempre di più con il cittadino per dare il proprio contributo alla costruzione di un sistema sanitario pubblico sempre più sicuro e giusto, capace di risolvere i reali problemi di salute di tutti i cittadini.

L'impianto normativo successivo, stabilito dalla legge del 26 febbraio del 1999, n. 42, con le "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", sancisce che quella dell'infermiere è una professione sanitaria con l'abolizione del mansionario e individua il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie.

Altra tappa importante la legge del 10 agosto del 2000, n. 251, "Disciplina delle professioni sanitarie, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica": le professioni sanitarie svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e della collettività, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, nonché degli specifici codici deontologici, ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza; valorizzazione e responsabilizzazione nel rispetto e alla luce dell'evoluzione dei percorsi formativi definiti dalle istituzioni universitarie delle professioni sanitarie, al fine di contribuire alla real-

izzazione del diritto alla salute; attribuzione della diretta responsabilità "dirigenza" e gestione delle attività di assistenza; revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzati.

La legge n. 43 del 2006 completa il percorso di professionalizzazione con le "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristica, ostetrica, riabilitative, tecniche e della prevenzione" e delega al Governo per l'attribuzione dei relativi Ordini professionali; viene istituita la figura di coordinamento in conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari. È evidente che la determinazione delle competenze proprie delle professioni così determinate configura una dinamicità in progress di attribuzioni di competenze/responsabilità e funzioni, fatte salve le competenze previste per tutte le altre professioni del ruolo sanitario e per le professioni mediche. (L'istituzione degli "Ordini" delle professioni sanitarie avviene nel 2018, con la legge n.3, in vigore dal 15 febbraio)

Emanazione nel febbraio 2009 del nuovo "Codice Deontologico", con il superamento del codice emanato nel 1999, allora in linea con i contenuti del Patto di alleanza infermiere/cittadino. Annalisa Silvestro, l'allora Presidente della Federazione Nazionale IPASVI, il 12 febbraio del 2009 alla presentazione del nuovo Codice Deontologico così si esprimeva: *«[...] sono trascorsi quasi dieci anni dall'emanazione del codice deontologico dell'infermiere, in questi dieci anni, profondi sono stati i cambiamenti che hanno coinvolto l'intera società, il mondo della sanità e la professione infermieristica [...] c'è stato un fiorire di norme che hanno radicalmente cambiato ruolo, funzioni, status e responsabilità dell'infermiere [...] anche attraverso questo codice deontologico gli infermieri italiani manifestano l'impegno per un saper essere ad alta valenza etica, per un sapere assistere ad alta valenza professionale e per attuarli al meglio ovunque [...]»*.

L'adesione piena e la condivisione degli obiettivi della Federazione Nazionale, ci ha spinti con grande entusiasmo e responsabilità a metterci in gioco direttamente, ad impegnarci nel nostro territorio, ad entrare e guidare il Collegio Provinciale IPASVI con la nostra Presidente Patrizia Ciccanti e con tutto il gruppo dei Consiglieri e dei Revisori, a partire dal 2000 per più di dieci anni, per dare il nostro contributo alla realizzazione di una Sanità migliore, più professionale, più sicura e a misura d'uomo.