



COLLEGI LOMBARDI



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

Prot.2/15

***Memorandum audizione Commissione III Sanità Regione Lombardia 30 marzo 2015***

La rilevanza del paradigma della cronicità-fragilità-pluripatologia, che enfatizza la complessità dei bisogni di salute delle persone oggi in una prospettiva multidimensionale, le prospettive offerte dalla tecnologia nell'ampliare le opportunità di cura nei differenti contesti e il problema della scarsità di risorse e della sostenibilità economica del Sistema Socio Sanitario richiedono, senza più possibilità di ulteriore rinvio, di trovare nuove risposte alle mutate necessità dei cittadini.

In tale contesto, senza dimenticare i dati epidemiologici del territorio lombardo, le tendenze strutturali impongono al sistema la progressiva attivazione di nuovi modelli organizzativi, i quali, a loro volta, richiedono agli operatori nuove competenze e una rivisitazione dei ruoli.

I nuovi assetti organizzativi, coerenti con il paradigma della cronicità, stanno producendo sul territorio nazionale una progressiva rimodulazione delle strutture d'offerta, con il necessario riposizionamento degli ospedali, una chiara focalizzazione sui processi e sulle reti, una forte enfasi sulle strutture di cura intermedie e una nuova centralità della dimensione territoriale.

Con questa consapevolezza in questi mesi si è dibattuto sulle diverse proposte di legge inerenti l'Evoluzione del Sistema Socio Sanitario Lombardo alla ricerca delle migliori possibilità di risposta alle necessità sociali e sanitarie dei cittadini lombardi.

Già con la delibera n.X/37 del 16 aprile 2013, il Presidente Maroni affermava: "In tale contesto, risulta indispensabile avviare sperimentazioni di presa in carico integrata a livello territoriale per rispondere ai bisogni delle famiglie, in termini di benessere e in condizioni di prossimità, avvalendosi anche di prestazioni professionali diversificate ed introducendo nuove figure e modalità di lavoro, quali quelle dell'infermiere di famiglia e di comunità".

È in tale prospettiva, anche attraverso l'attenta analisi delle diverse proposte provenienti dalle rappresentanze politiche, che la professione infermieristica si pone come risorsa strategica a disposizione del sistema regionale lombardo e "chiave di volta" che può e deve attivare il reale riscontro sulla cronicità e sulla fragilità, attraverso uno *shifting* dall'ospedale al territorio, con una valorizzazione delle cure di transizione e delle strutture intermedie, in un'ottica di forte integrazione multi professionale e centratura sui percorsi trasversali, con l'attivazione di ruoli di forte integrazione interdisciplinare.

Nella volontà di manifestare la disponibilità dei professionisti rappresentati a collaborare per il sostegno al **carattere pubblico e universalistico del Servizio Sanitario Regionale** e ad ogni azione che favorisca l'integrazione fra strutture pubbliche e accreditate per garantire ai cittadini lombardi prestazioni sanitarie di qualità e in tempi certi, con la presente si dichiarano i principi di analisi, in riferimento all'importante evoluzione del SSSR Lombardo previsto con la Riforma Regionale in discussione.



In considerazione delle indicazioni contenute in diversi autorevoli riferimenti di seguito indicati, che delineano nuove e più efficaci forme di presa in carico dell'Assistito:

- Libro Bianco sullo sviluppo del Sistema Socio Sanitario in Lombardia giugno 2014.
- DGR X/37 del 16 aprile 2013 inerente la presa d'atto della comunicazione del Presidente Maroni alla Giunta, nella seduta del 16 aprile 2013: "... *Risulta indispensabile avviare sperimentazioni di presa in carico integrata a livello territoriale per rispondere ai bisogni delle famiglie, in termini di benessere ed in condizione di prossimità, avvalendosi anche di prestazioni professionali diversificate ed introducendo nuove figure e modalità di lavoro, quali quelle dell'infermiere di famiglia*".
- Bozza di regolamento recante "*Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311*"
- *Articolo 15 comma 13 lettera c* decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.
- Patto per la Salute, che all'articolo Articolo 5 commi 1-16 esplicita "l'Assistenza Territoriale": l'UCCP è forma organizzativa complessa strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, garantendo l'integrazione tra i professionisti e gli operatori, la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze con chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità; Articolo 5 commi 17-18 "Presidi territoriali/ospedali di comunità": rimanda al punto 10.1 dell'Intesa Stato Regioni sugli standard ospedalieri dove è sancito che l'ospedale di comunità (es. POT) è una struttura gestita da personale infermieristico e l'assistenza medica è assicurata dai MMG e PLS e la responsabilità igienico-organizzativo-gestionale è in capo al distretto; Articolo 22 "Gestione e sviluppo delle risorse umane": si conviene sulla necessità di valorizzare le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale e di favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi.
- Bozza di Accordo Stato Regioni sulla ridefinizione delle competenze avanzate e specialistiche della professione infermieristica.

In considerazione delle indicazioni tracciate nei riferimenti citati, il contributo dei professionisti infermieri alla revisione organizzativa del SSSR, può essere così declinato:

- a)** **Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFC)**, quale professionista responsabile dell'assistenza infermieristica erogata sul territorio, relativamente all'ambito delle competenze definite secondo la Legge 42/99 per la gestione dei bisogni assistenziali di tipo preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo del cittadino e delle famiglie nel loro contesto di vita quotidiana così come ampiamente documentato dalla letteratura internazionale e da esperienze in ambito nazionale, che hanno dato avvio a proposte normative e formative particolarmente innovative, anche in ambito regionale.
- b)** **Promozione della figura del *care/case manager*** quale naturale approccio nell'ambito della *promozione della salute, prevenzione, cure ospedaliere e cure territoriali*, chiamato a svolgere attività in equipe multi-professionali, che rappresenti il "punto di riferimento" privilegiato nella presa in carico della persona fragile e della famiglia; tale figura dovrà coincidere con l'individuazione del *case manager* - medico, infermieristico o riabilitativo, a seconda della prevalenza dei bisogni e dovrà rispondere dei risultati ottenuti.



- c) **Istituzione di strutture semplici e complesse a direzione infermieristica**, finalizzate a garantire il necessario raccordo organizzativo tra l'assistenza erogata alle persone con patologia acuta e quelle con polipatologia cronica, come ad esempio i POT/Ospedali di Comunità, con l'obiettivo di rispondere alla necessità di gestione dei ricoveri a bassa intensità clinica, ma che frequentemente si accompagna ad elevata complessità assistenziale, come accade coi pazienti cronici, sub acuti e nelle cure intermedie, situazioni non gestibili a livello domiciliare. Tale provvedimento consentirà di erogare una risposta efficace, personalizzata e mirata ai bisogni di salute, basata sulla valutazione della complessità assistenziale, evitando sprechi di risorse, così come ridondanza o assenza di risposte.

Questa innovativa esplicitazione della professionalità infermieristica insieme alla strutturazione del ruolo di *governance* delle attività professionali sanitarie e tecniche, posto sotto la direzione di professionisti appartenenti alla medesima area disciplinare, garantisce il raggiungimento di adeguati standard di qualità nell'ambito dell'intera organizzazione e l'implementazione di nuovi modelli organizzativi, finalizzati sia alla gestione efficiente delle risorse umane, sia alla più appropriata risposta ai bisogni di salute, così come l'ottimizzazione e il contenimento dei costi come già ampiamente dimostrato sia in alcune ASL e A.O. italiane. Tale riscontro dovrà avvenire attraverso il **potenziamento e la valorizzazione della specificità dirigenziale**, per una reale razionalizzazione dei servizi e l'utilizzo efficiente ed efficace delle risorse, anche attraverso l'applicazione del DPCM 25/01/2008 concernente la "Disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica".

L'integrazione del ruolo di *governance* a livello strategico deve prevedere nel Comitato dei direttori Sanitari/Amministrativi, la partecipazione a pieno titolo dei Direttori SITRA dei presidi ospedalieri, attivi in Regione Lombardia sin dai primi anni del 2000. Col proposito di dare continuità e "fare rete", questo provvedimento organizzativo è auspicabile e necessario anche per le strutture territoriali, dando pieno compimento al nuovo progetto assistenziale con l'**attivazione della Direzione delle Professioni Sanitarie**. Attraverso una ri-formulazione complessiva ed articolata così definita, le competenze organizzativo-strategiche potranno ulteriormente contribuire al raggiungimento di adeguati standard di qualità nell'ambito dell'intera organizzazione aziendale regionale, a garanzia di una gestione efficiente ed efficace delle risorse umane, che rappresentano circa il 60% della totalità di operatori presenti nelle aziende.

A completamento della presente analisi e delle proposte che si è voluto esprimere, ritenute improcrastinabili per una reale ed efficiente evoluzione del SSSR Lombardo, si sottolinea la necessità di andare oltre le logiche di potere o di ruoli tradizionali e consolidati, per adottare nuovi modelli organizzativi basati su specifiche competenze professionali più efficaci.

Si auspica quindi la reale implementazione, oltre le reiterate dichiarazioni di modelli collaborativi innovativi basati sull'appropriatezza del servizio erogato, che possano favorire la realizzazione strutturata della continuità assistenziale e la concertazione multidisciplinare tra le varie figure professionali, per una più efficace presa in carico dell'assistito.

Appare infatti sempre più evidente che i radicali cambiamenti socio-demografici determinano la manifestazione di nuovi bisogni che richiedono la tempestiva adozione di nuovi e più appropriati processi clinico assistenziali.



Una carente risposta a questi bisogni di salute emergenti, ha portato e porterà sempre più all'utilizzo inappropriato di servizi e strutture da parte dei cittadini come rappresentato dagli accessi indiscriminati ai Pronto Soccorso, richieste smisurate di esami diagnostici o terapie, fenomeno spesso accompagnato dalla percezione di insoddisfazione, solitudine ed abbandono, in particolare, in relazione alla fragilità della persona anziana.

Collegio IPASVI Bergamo  
Dott.ssa Beatrice Mazzoleni

Collegio IPASVI Brescia  
Dott. Stefano Bazzana

Collegio IPASVI Como  
Dott. Oreste Ronchetti

Collegio IPASVI Cremona  
Dott. Enrico Marsella

Collegio IPASVI Lecco  
Dott.ssa Cristina Tentori

Collegio IPASVI Mantova  
Dott. Andrea Guandalini

Collegio IPASVI Milano Lodi Monza Brianza  
Dott. Giovanni Muttillo

Collegio IPASVI Pavia  
Dott. Michele Borri

Collegio IPASVI Sondrio  
Dott. Tonino Trinca Colonel

Collegio IPASVI Varese  
Dott. Aurelio Filippini