



Dott. Alessandro Scarafuggi

Dott.ssa Rosaria Raffaelli

Pisa, 13 dicembre 2007

Assistenza Italiana

- 1900 elevata presenza delle religiose negli ospedali (40%)
- Si comincia però a sentire l'esigenza di formare personale laico: le religiose non riescono a stare al passo con le innovazioni scientifiche

Assistenza Italiana

- Regio decreto 1925: istituzione scuole convitto
- Subordinazione alla professione del medico
- Accesso solo alle donne (nubili o vedove)
- Titolo di accesso: terza media
- Durata 24-27 mesi
- Internato obbligatorio

Evoluzione formazione infermieristica

- 1929: esami per ammissioni ai corsi
- 1954: corsi per infermieri generici
- 1965: scuola per dirigenti assistenza infermieristica
- 1971: estensione al personale maschile ed esonero dell'internato
- 1973: accordo Strasburgo (formazione almeno di 4.600 ore)
- 1975: corso triennale con programmi secondo accordo europeo
- 1980: abolizione corsi per infermieri generici/psichiatrici

Anni '90

Formazione universitaria

- DM 2/12/91 M.U.R.S.T.: istituzione Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche
- D.L. 502/92 ancora corsi presso AUSL ma con ordinamento didattico definito dal MU.R.S.T.

Cambiamenti nell'esercizio professionale

- DM 739/94 Profilo dell'Infermiere Responsabile dell'assistenza generale
- Legge 42/99
Infermiere *Professionista* Sanitario (abolito mansionario)

DM 509/99

- Istituzione corsi di laurea per le professioni infermieristiche, tecniche e della prevenzione e riabilitazione
- Accesso al corso universitario: diploma di scuola secondaria superiore
- Percorso formativo: Laurea – master 1° livello-
Laurea Specialistica – Dottorato di Ricerca

Dirigenza Infermieristica

- Legge 251/2000
- Attribuzione della diretta responsabilità e gestione dell'attività infermieristica

Assistenza di base

- Accordo Stato Regioni 2001: individuazione O.S.S.
- Accordo Stato Regioni 2003: individuazione O.S.S.C.
- Ancora più necessario rivedere i modelli ed attività assistenziali

Legge 1/2002

- Equipollenza Lauree di 1° livello per accedere alla Laurea Specialistica ed ai Master
- Contratti a tempo determinato rinnovabili
- Lavoro al di fuori orario di servizio
- Assunzione personale sanitario, non medico, comunitario

Legge 43/2006

- Abilitazione professionale:
- Infermiere generale – Laurea 1° livello
- Infermiere Specializzato – Master
- Infermiere Direttore – Laurea Magistrale
- Trasformazione Collegio in Ordine
- Riconoscimento del Master di Coordinamento
come titolo necessario a svolgere la funzione

Ospedale per intensità di cura da dove nasce?

In Toscana la legge n. 22 (8/3/2000) e la successiva n. 40 (24/2/2005) prevedono la strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza e il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica. In generale, in ambito ospedaliero, i livelli di cure previsti sono il livello 1 (intensivo e subintensivo) e il livello 2 (ciclo continuo/week e Day Hospital).

Come riorganizzare?

L'organizzazione dell'ospedale deve essere strutturata intorno al bisogno adottando un sistema basato su intensità e natura assistenziale con aree disciplinari integrate ove il soggetto (utente) compie un percorso



Verso un nuovo modello di ospedale

L'ospedale è parte di un sistema integrato, a rete, di professionisti, servizi, livelli di assistenza che creano un continuum di assistenza sanitaria con al centro il Paziente



Il nuovo modello di ospedale



E' incentrato sulle necessità del Paziente

Supera le tradizionali modalità di assistenza e di prassi medica

Lavora per processi ad alta integrazione multidisciplinare

Riorganizza e differenzia le responsabilità cliniche e gestionali

Scelte infermieristiche per il cambiamento

- Adozione di un nuovo modello assistenziale: Primary Nursing (ospedale e assistenza domiciliare)
- Introduzione nuove figure di Coordinamento d'Area Funzionale
- Individuazione nuovo ruolo del Coordinatore di Setting
- Adozione cartella integrata
- Implementazione percorsi di cura integrati/continuità assistenziale

PRIMARY NURSING

INFERMIERE REFERENTE

INFERMIERE ASSOCIATO

OSS

Primary Nurse

referente per il paziente, assunzione responsabilità per impostazione programma assistenziale e risultati, garante della continuità assistenziale alla dimissione, competenza avanzata per ambito assistenziale

Infermiere associato

erogano prestazioni secondo programma, garantiscono continuità assistenziale in assenza del Primary Nurse

OSS

Eroga assistenza di base attribuita dall'infermiere e comfort ambientale

Perché questa scelta?

- Perché è un modello che prevede uno sviluppo culturale della professione Infermieristica, si abbandona il lavoro centrato sui compiti e si pone l'attenzione sul progetto di salute della persona
- Perché è prevista una competenza specifica degli Infermieri, per area di competenza, che produce valore aggiunto al risultato di salute delle persone

- Perché facilita l'introduzione e l'integrazione degli O.S.S., nei contesti lavorativi (diversificazione dell'assistenza base/avanzata)
- Perché aumenta la motivazione professionale degli operatori, OTA/OSS, Infermieri poiché responsabili del risultato del piano assistenziale impostato alla persona e/o caregiver.
- Perché risulta essere il modello più appropriato per il progetto "Intensità di cure" (competenza avanzata infermieristica)

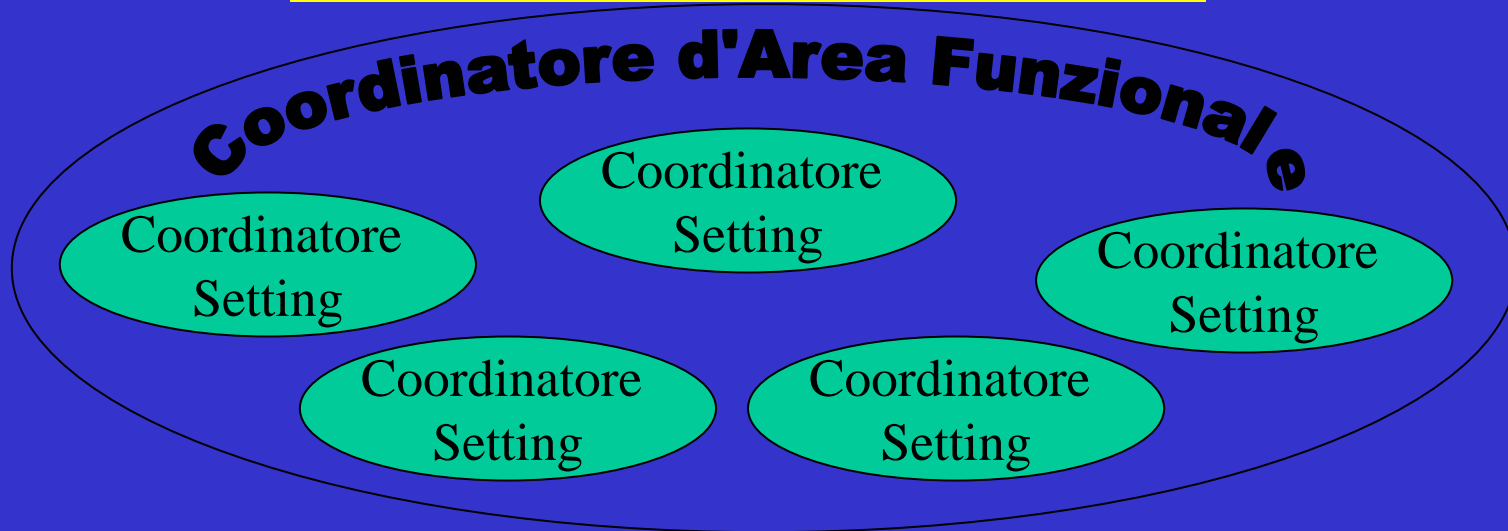
ASPETTATIVE

- Ottimizzazione dell'offerta assistenziale in base all'effettivo bisogno espresso dagli utenti afferenti alle UU.OO.
- Aumento quali-quantitativo delle prestazioni assistenziali infermieristiche.
- Aumento del livello di competenza degli utenti in entrata-uscita nel processo assistenziale.
- Aumento della soddisfazione degli utenti ed operatori

Cambiamento in atto

Riorganizzazione

attività Infermieri Coordinatori



INFERMIERE COORDINATORE D'AREA

LEGGE REGIONALE 40/05

ART. 68

Individuazione per ciascuna area ospedaliera di distinte responsabilità gestionali sul versante clinico-assistenziale ed infermieristico e di supporto ospedaliero

Funzioni Coordinatore di Area

Definisce con il Responsabile di Area/Dipartimento gli obiettivi di budget nel rispetto degli indirizzi dettati dalla pianificazione strategica aziendale

Collabora con il Direttore Infermieristico alla determinazione del fabbisogno quali-quantitativo di personale infermieristico, ostetrico e di supporto nei settori afferenti all'area di interesse

Alloca il personale nei settori afferenti all'area di interesse, garantendo l'equa distribuzione con il criterio della flessibilità dei carichi di lavoro, in accordo con gli infermieri coordinatori delle strutture organizzative semplici afferenti all'area

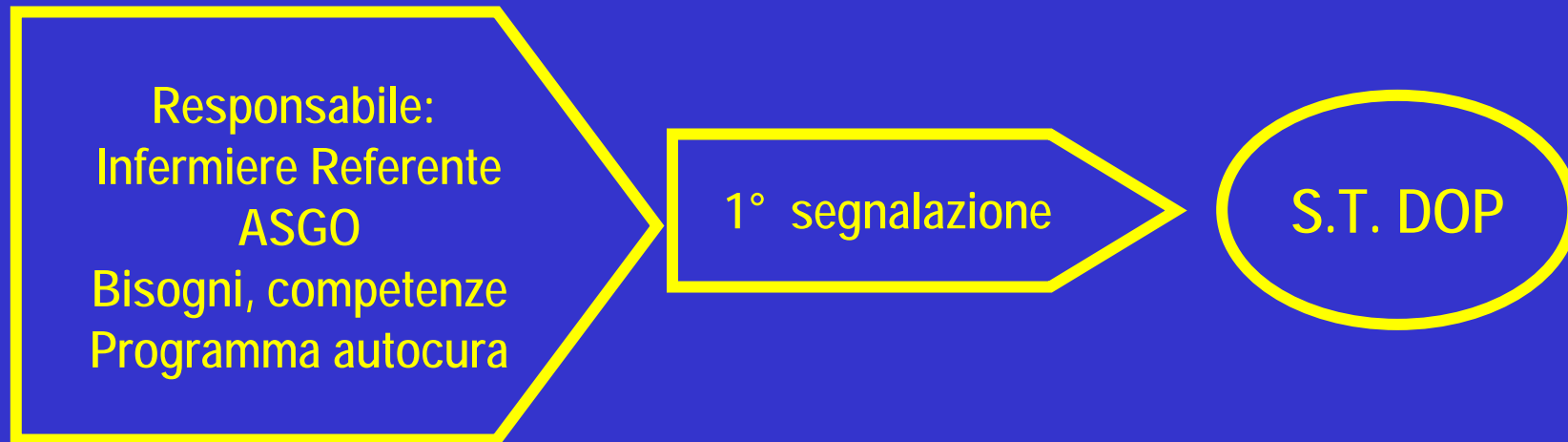
Collabora con il Responsabile dell'U.O. Professionale O./T. nel garantire l'appropriatezza della gestione trasversale del personale di Presidio Ospedaliero e di Zona-Distretto nell'ambito dei macro-livelli ospedaliero/territoriale

Garantisce l'efficienza e l'appropriatezza dei consumi delle risorse materiali

Innovazioni nel percorso DOP

VALUTAZIONE PRESUNTI BISOGNI ALLA DIMISSIONE

DA FARE ENTRO 48 ORE DALL'AMMISSIONE



VALUTAZIONE CONGIUNTA BISOGNI ALLA DIMISSIONE

Valutazione congiunta
del paziente entro 24 ore
dalla segnalazione.
Condivisione programma
Pianificazione della dimissione

attivazione
percorsi di c.a.

ADI

ASS.SOC.

PRESIDI
AUSILI
FARMACI

Difficoltà incontrate/Modalità di superamento

Resistenza al cambiamento da parte di alcuni Infermieri, con elevato attaccamento al vecchio modo di lavorare

- Realizzati incontri per incrementare l'adesione al progetto
- Progetto "Nuovi Modelli Organizzativi" obiettivo di budget di U.O.

Difficoltà incontrate/Modalità di superamento

Scarsa partecipazione agli incontri formativi
sul modello da parte dei Medici

Incontri con i medici per spiegare il modello,
con report su alcuni casi clinici

Presentazione di alcuni progetti assistenziali
di autocura

Difficoltà incontrate/Modalità di superamento

Difficoltà nell'assumere il ruolo di Infermiere
referente

Incontri collettivi ed individuali
con referenti aziendali e coordinatori

Difficoltà incontrate/Modalità di superamento

Resistenze iniziali, da parte degli operatori,
nella condivisione della cartella integrata

Riunioni con i Medici, Infermieri, Primario
Direttori di Presidio
Progetto Regionale per la Gestione Rischio Clinico
Consulenza Medicina legale

Difficoltà incontrate/Modalità di superamento

Insicurezza nella valutazione bisogni assistenziali - nella fase dell'accertamento

Consulenze in reparto
Incontri formativi sull'ASGO e
valutazione del bisogno

Difficoltà incontrate/Modalità di superamento

Carente autonomia nell'implementazione del
progetto

(attaccamento al vecchio modello?)

Rinforzo: al cambiamento culturale

Ruolo specifico dell'Infermiere e del Coordinatore di Setting

Il valore aggiunto dell'Infermiere al percorso assistenziale

La riflessione infermieristica.....

- Evidenziare come un approccio infermieristico di "presa in carico" rappresenti, rispetto ad un approccio "prestazionale", una risposta ottimale per una assistenza globale efficace e personalizzata.

L'approccio legato alla "prestazione" ...

E' un modello improntato su:

- forte centralizzazione delle attività
- operatori nel ruolo di esecutori

L'Infermiere nel modello "prestazionale" punti deboli

- Frammentazione del percorso assistenziale
- Domanda assistenziale potenziale ed inespressa non valutata
- Scarsa conoscenza dei bisogni della comunità e delle potenziali risorse
- Assistenza basata su di un approccio tecnico-specialistico rispetto ad uno relazionale-sociale
- Ruolo di compensazione rispetto alle carenze del destinatario

L'utente/cittadino nel modello "prestazionale"

punti deboli

- Non instaura un "patto assistenziale" con il team
- Fruisce del servizio in modo spesso passivo
- Non può contare su una figura di riferimento

L'organizzazione nel modello "prestazionale"

punti deboli

- Utilizzo talvolta inappropriato della risorsa professionale infermieristica
- Scarso collegamento tra costi e risultati di salute
- Frammentazione dell'assistenza
- Offerta assistenziale predeterminata e non centrata sui reali bisogni
- Scarsa integrazione tra ospedale, territorio e tra ambito sanitario e sociale

Il futuro.....

L'Infermiere di Comunità

- Si propone un nuovo ruolo infermieristico in cui la risposta ad un bisogno assistenziale vada oltre la prestazione tecnico-professionale e si configuri come una reale "presa in carico" dell'utente e della sua famiglia

L'Infermiere di Comunità

- Fornisce assistenza mediante il supporto al self-care
- Attiva interventi di promozione alla salute nell'ottica dell'empowerment
- Attiva le reti formali ed informali presenti a livello territoriale
- Si propone come figura di riferimento all'interno del percorso di cura
- Facilita i processi di integrazione tra professionisti del team (MMG, assistente sociale, fisioterapista...)
- Utilizza metodi e strumenti condivisi con altre professionalità

Promozione del self-care

L'infermiere esperto è impegnato nella

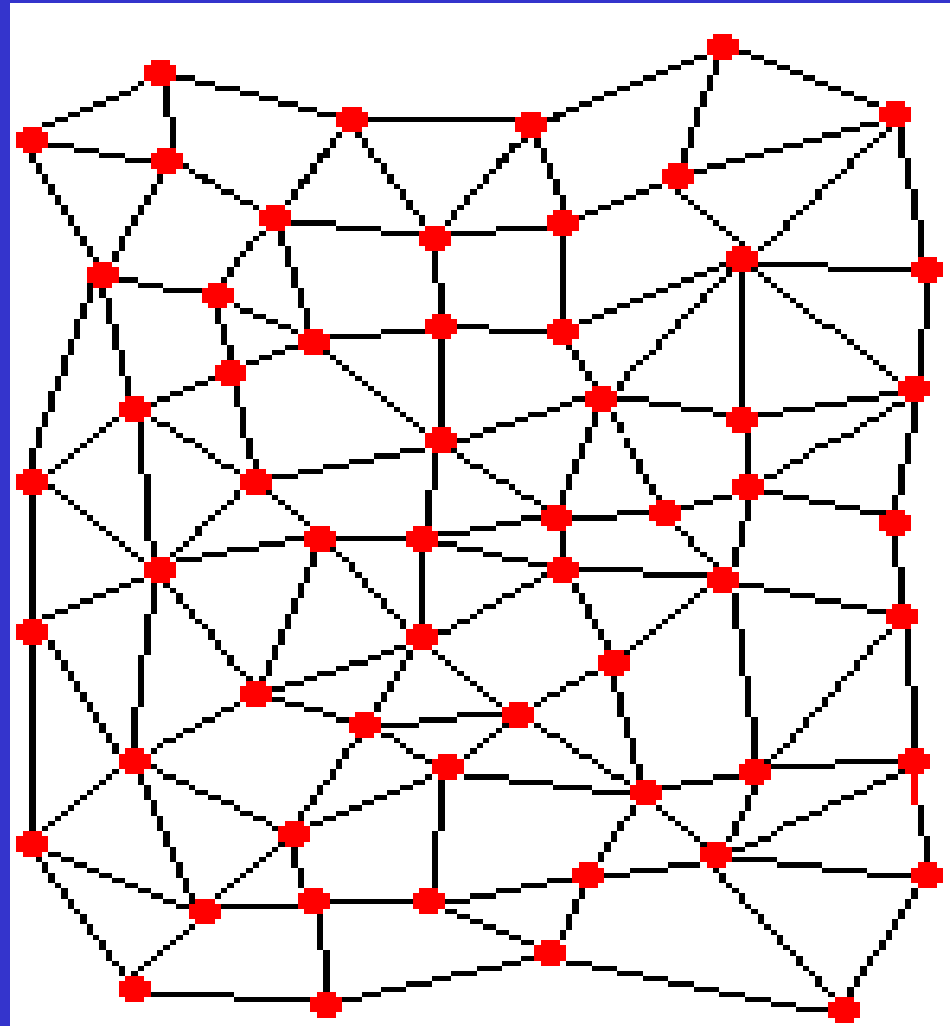
“assistenza avanzata” attraverso la “presa in carico” dell'utente finalizzata:

- allo sviluppo delle abilità residue per il mantenimento dell'autonomia
- al supporto per l'autogestione della patologia e della sintomatologia correlata
- all'educazione a nuovi comportamenti di salute tesi alla riduzione della disabilità/istituzionalizzazione

Organizzazione a Rete

Moduli = Nodi

Connessioni = Processi



Moduli = Nodi della Rete

Gruppo multidisciplinare

Professionisti capaci di
cooperare
in vista di fini comuni
e risultati condivisi

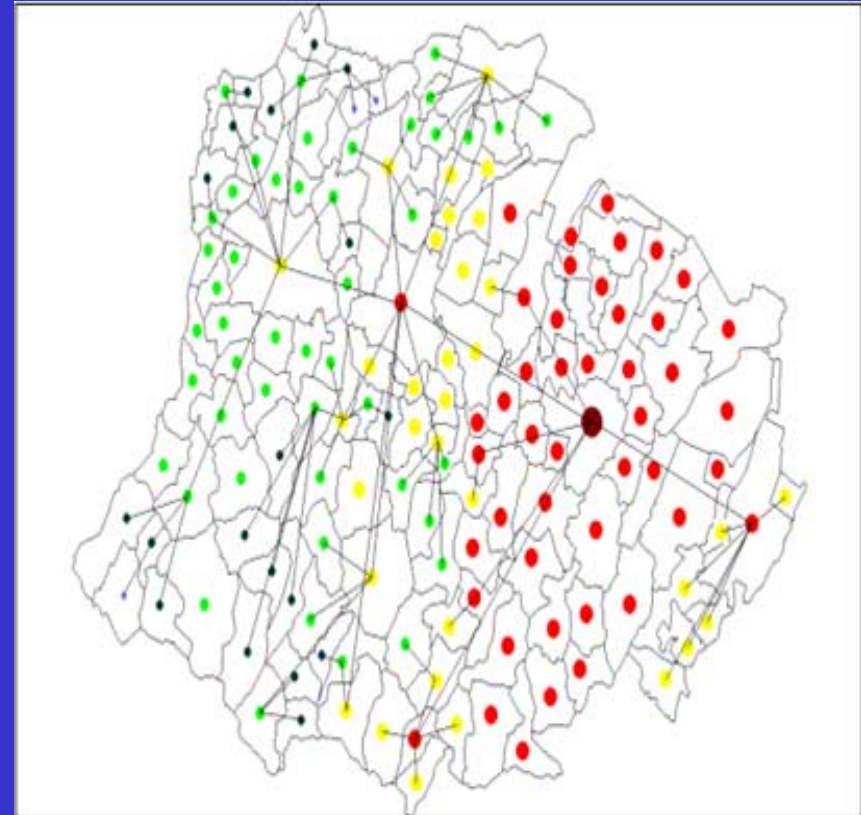


Organizzazione a rete = Integrazione

Conessioni(fili) =
*processi organizzativi e percorsi
assistenziali condivisi*

collegano i nodi
e rappresentano le *relazioni di
interdipendenza*
tra gli "attori dei vari nodi",

la numerosità e la qualità di questi "fili"
costituisce il
Valore aggiunto al prodotto finale



Outcomes attesi

- Migliorare l'accessibilità ai servizi
- Offrire un punto di ascolto e di orientamento
- Potenziare il self-care e contribuire alla permanenza nel proprio contesto sociale
- Migliorare la soddisfazione e qualità della vita nella gestione della cronicità
- Migliorare lo stato di salute e rallentare il progredire della malattia
- Prevenire gli eventi acuti e ridurre le ammissioni in ospedale
- Aumentare l'integrazione tra i professionisti del team

CONCLUSIONI

In sanità le discipline sono in costante evoluzione.

Le professioni Infermieristiche sono state un laboratorio di innovazione e di cambiamento che negli ultimi anni ha avuto forti accelerazioni.

Il lavoro per processi richiede un generale cambiamento di cultura che si realizza con l'istaurarsi di un concreto rispetto e capacità di collaborazione tra tutti i professionisti sanitari