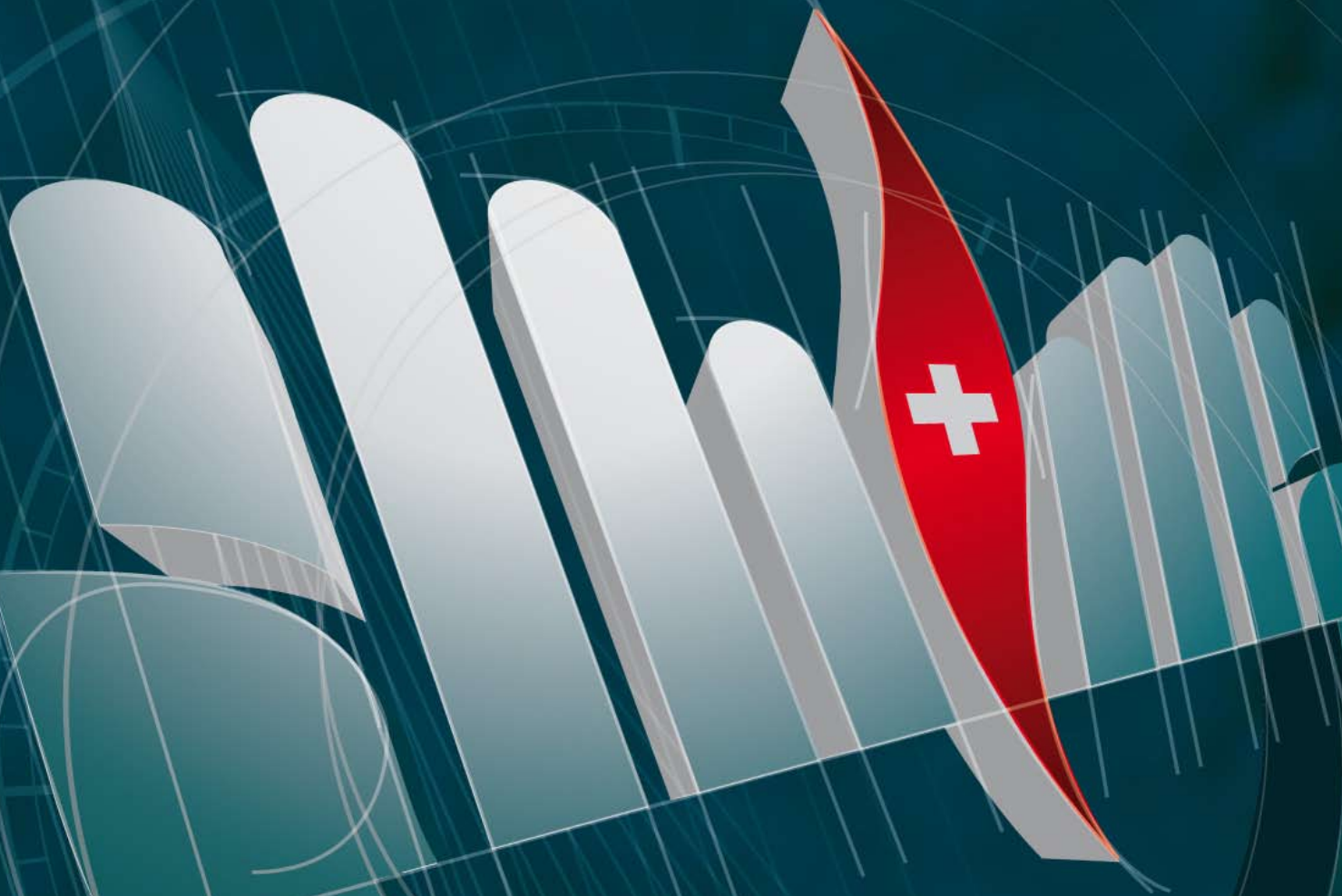


Ricerca Ipasvi-Progea

sui ruoli organizzativi
e le responsabilità infermieristiche

Entra >



Nel corso del mese di settembre 2008, nell'ambito della ricerca Ipasvi-Progea sui ruoli organizzativi e le responsabilità infermieristiche nelle organizzazioni pubbliche, sono state raccolte circa 30 esperienze, in risposta al "bando di selezione di casi aziendali significativi" proposto dalla Federazione Ipasvi.

Le proposte di casi di studio dovevano avere come caratteristica principale quella di presentare realtà organizzative in cui gli infermieri occupassero ruoli di responsabilità innovativi, che potessero rappresentare un punto di riferimento significativo per l'evoluzione della professione infermieristica.

Tra tutte le proposte inviate ne sono state selezionate sei, sulla base di criteri di innovazione organizzativa, replicabilità in altri contesti e significatività dei risultati raggiunti.

Le sei esperienze selezionate (evidenziate nelle schede con *) sono state studiate e saranno presto pubblicate e diffuse perché possano essere un punto di riferimento per l'evoluzione organizzativa della professione infermieristica.

Questa ricerca vuole di fatto rendere evidente l'impegno e la responsabilità della professione infermieristica nell'ambito del sistema sanitario e vuole fornire un riferimento utile che rappresenti uno spunto di riflessione su come le organizzazioni sanitarie stanno interiorizzando le innovazioni normative che negli ultimi 10 anni hanno caratterizzato la professione.

Si coglie l'occasione per ringraziare tutti coloro che hanno voluto partecipare alla ricerca rendendo evidente il proprio impegno professionale nell'ambito del sistema sanitario.

Indice

Alto Adige

Azienda sanitaria locale Asl - Alto Adige (*)
Direttore Tecnico-assistenziale come terzo componente della Direzione strategica.

Benevento

Azienda Ospedaliera G. Rummo di Benevento
Responsabilità attiva e diretta nella gestione di un Servizio di Ospedalizzazione a Domicilio (SOD) per pazienti affetti da HIV

Biella

Azienda sanitaria locale Asl - BI Biella (*)
Coordinatore del Dipartimento di Chirurgia promotore di un modello organizzativo basato sulla complessità assistenziale (enfasi sulla week surgery).

Biella

Azienda sanitaria locale Asl - Biella
Responsabile infermieristico delle attività di Ricerca.

Bologna

Istituto ortopedico Rizzoli (lioor) (*)
Infermiere di ricerca (Research Nurse).

Brescia

Azienda sanitaria locale Asl - Provincia di Brescia
Coordinatori Infermieristici nelle articolazioni territoriali con responsabilità organizzativa e professionale (aree anziani e cure domiciliari, igiene e medicina di comunità, materno infantile).

Cesena

Azienda sanitaria locale Usl - Cesena
Responsabile Processo gestione del Rischio.

Ferrara

Azienda Ospedaliero Universitaria Arcispedale S. Anna
Infermiere referente assistenziale nel Dipartimento di Medicina Riabilitativa.

Firenze (Empoli)

Azienda sanitaria locale Usl Empoli (*)
Dipartimento delle Professioni sanitarie articolato in tredici unità operative, dirette da dirigenti sanitari appartenenti alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie.

Genova/Piacenza

Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino (Genova)
Azienda Unità Sanitaria Locale Piacenza
Infermiere case manager: attivazione di un ambulatorio infermieristico per la riabilitazione precoce, l'educazione terapeutica ed il follow-up delle persone portatrici di enterotomia.

Milano

Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda
Articolazione della competenza infermieristica e identificazione di responsabilità formative ed organizzative: Infermiere Case Manager, Capo Turno, Referente di Settore, Tutor.

Padova

Azienda Ospedaliera Padova - Azienda Ulss 16 Padova
Direzione Servizio dell'Assistenza interaziendale, come esperienza di integrazione tra azienda sanitaria territoriale e Azienda ospedaliera.

Parma

Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma
Case manager nel contesto dell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC), figura leader della gestione integrata del processo assistenziale.

Pesaro

Az. sanitaria osp. San Salvatore di Pesaro (*)
Coordinamento infermieristico del blocco operatorio.

Piacenza

Azienda sanitaria locale Ausl - Piacenza (*)
Case Manager della Rete GRACER (Gravissime disabilità acquisite) Organizzazione di processi e valutazione clinica nella rete territoriale.

Piacenza**Azienda sanitaria locale Ausl - Piacenza**

Coordinatore - responsabile Case Manager dialisi peritoneale territoriale, responsabilità trasversale nell'ambito interaziendale.

Piacenza**Azienda sanitaria locale Ausl - Piacenza**

Case Management della lungodegenza con responsabilità trasversale nell'ambito aziendale ed extraaziendale.

Pistoia**Azienda sanitaria locale Usl 3 - Pistoia**

Responsabile Aziendale "Implementazione modelli e percorsi assistenziali", con particolare enfasi sull'Ospedale per Intensità di Cure e sul Chronic Care Model.

Rieti**Azienda sanitaria locale Usl - Rieti**

Case Manager infermieristico, Dipartimento Oncologico.

Roma**Azienda sanitaria locale Usl - Roma C**

Dipartimento Assistenza Alla Persona (DAP), con configurazione a strutturata e trasversale a tutti i servizi dell'Azienda.

Torino**Azienda sanitaria ospedaliera****Oirm - S. Anna Torino**

Coordinamento infermieristico sviluppo organizzativo e professionale area assistenziale emergenza-urgenza pediatrica.

Trento**Azienda Provinciale Servizi Sanitari Trento**

L'infermiere coordinatore di percorso, con funzione di facilitatore organizzativo nella dimissione pianificata e protetta, a garanzia della continuità ospedale-territorio.

Trento**Provincia Autonoma di Trento****Assessorato alle Politiche per la Salute**

Consulenza presso l'Assessorato sulle tematiche generali della salute e dell'assistenza, nonché sulle tematiche specifiche relative al personale sanitario.

Trento**Provincia Autonoma di Trento, Dipartimento****Protezione Civile e tutela del territorio**

Incarico di Responsabile operativo della progettazione del Servizio Unitario e integrato 115 - 118 di ricezione e di valutazione delle chiamate di soccorso e di emergenza.

Treviso**Azienda sanitaria locale Ulss 9 - Treviso**

Consulenza e supporto metodologico ai professionisti (professioni sanitarie e mediche) nell'elaborazione di strumenti operativi (percorsi assistenziali, protocolli, procedure).

Trieste**Azienda sanitaria locale Ass - n°1 Triestina**

Attribuzione delle responsabilità della Struttura semplice dipartimentale "Servizio Infermieristico di Distretto" collocata presso lo Staff della Direzione del Distretto.

Denominazione	Azienda sanitaria locale Asl - Alto Adige (*)
Tipo di responsabilità	Direttore Tecnico-assistenziale come terzo componente della Direzione strategica.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Con la legge provinciale n. 9 del 2 ottobre 2006 è stata istituita la nuova Azienda Sanitaria dell'Alto Adige con i quattro comprensori sanitari di Merano, Bolzano, Bressanone e Brunico. Con l'istituzione della nuova azienda, il ruolo e la responsabilità del Direttore Tecnico-assistenziale cambiano; queste risultano infatti ora a pari livello del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo. In questo modo, tutti e tre i direttori sono subordinati in linea al Direttore Generale e insieme formano la direzione strategica dell'azienda. L'art. 9 della legge sopracitata prevede che il Direttore Tecnico-assistenziale, avvalendosi dei dirigenti tecnico-assistenziali coordinatori, gestisca il personale infermieristico, tecnico-sanitario, riabilitativo e della prevenzione, nonché il personale ausiliario e tecnico addetto all'assistenza nella relativa attività, con particolare attenzione allo sviluppo della qualità, della collaborazione interdisciplinare e del lavoro di equipe.

Denominazione	Azienda Ospedaliera G. Rummo di Benevento
Tipo di responsabilità	Responsabilità attiva e diretta nella gestione di un Servizio di Ospedalizzazione a Domicilio (SOD) per pazienti affetti da HIV
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Il SOD è una valida alternativa al ricovero ospedaliero, in quanto permette una attenta gestione del paziente presso il proprio domicilio, riducendo così gli effetti negativi collegati al distacco dal proprio ambiente quotidiano, come accade invece per il ricovero ordinario. Inoltre, ulteriori elementi degni di nota sono relativi ai seguenti aspetti: ∞ garanzia della continuità assistenziale post-dimissione; ∞ possibilità di decongestione dei reparti con riduzione del numero dei ricoveri impropri e con contenimento della spesa sanitaria. L'attività dell'infermiere nel SOD si esplicita nella stesura di un piano di assistenza personalizzato e olistico così come previsto dalla Legge 251/2000 all'art. 1. L'infermiere nel piano di cura trova conferma dell'appropriatezza di tutti gli aspetti dell'assistenza infermieristica osservandone la risposta e rivede, quindi, il piano di assistenza personalizzato in base alle necessità emerse e agli obiettivi da raggiungere. In modo più specifico, la sua attività riguarda: ∞ la pianificazione degli interventi infermieristici; ∞ la somministrazione dei farmaci e la verifica della compliance del paziente; ∞ la gestione completa (dalla richiesta, alla effettuazione, al ritiro del referto, etc...) degli esami diagnostici (ematochimici, RX, etc...) previsti nel protocollo di cura o prescritti; ∞ la prenotazione e l'organizzazione di visite specialistiche; ∞ la richiesta urgente dell'intervento specialistico di altri professionisti della salute; ∞ il corretto smaltimento del materiale usato; ∞ l'approvvigionamento di farmaci e materiali.

Denominazione	Azienda sanitaria locale Asl - BI Biella (*)
Tipo di responsabilità	Coordinatore del Dipartimento di Chirurgia promotore di un modello organizzativo basato sulla complessità assistenziale (enfasi sulla week surgery).
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Il Coordinatore infermieristico di Dipartimento costituisce riferimento e supporto al Responsabile della Direzione delle Professioni Sanitarie ed al Direttore di Dipartimento per la predisposizione ed attuazione degli interventi riferiti alla programmazione, organizzazione e valutazione delle attività e delle risorse implicate nei processi organizzativi ed assistenziali del Dipartimento. Tale incarico comporta la responsabilità del risultato dell'attività svolta per: ∞ assicurare l'ottimizzazione allocativa delle risorse interne al dipartimento; ∞ valutare la congruità di risorse rispetto ai piani e ai programmi considerando anche le emergenze e i picchi di attività ed elaborando proposte finalizzate alla razionalizzazione e ottimizzazione delle stesse; ∞ vigilare sul rispetto degli istituti contrattuali; ∞ partecipare all'elaborazione di proposte finalizzate alla riorganizzazione del dipartimento ed al raggiungimento degli obiettivi aziendali collegati al PRR; ∞ definire gli obiettivi e le scelte prioritarie nell'ambito della formazione e lo sviluppo della qualità progettando e gestendo interventi di miglioramento; ∞ partecipare alla programmazione e gestione del budget del Dipartimento per l'area di competenza. L'Asl di Biella è impegnata nella costruzione di un nuovo ospedale, a sostituzione dell'attuale, che sarà progettato, dal punto di vista organizzativo, secondo i principi: 1) delle degenze per intensità di cura; 2) della separazione tra la gestione clinica e quella assistenziale; 3) della gestione dipartimentale delle risorse. In quest'ottica, un importante ruolo è stato assunto dalla componente infermieristica avviando da subito progetti di riorganizzazione dell'assistenza orientata a porre al centro del percorso i bisogni clinico-assistenziali dei pazienti, basandoli non sulla disciplina clinica di appartenenza ma sulla complessità assistenziale. I primi progetti realizzati nel Dipartimento di chirurgia sono stati: ∞ l'attivazione della <i>week surgery</i> a bassa complessità; ∞ l'attivazione della chirurgia ad alta complessità; ∞ l'attivazione dell'ambulatorio centralizzato dipartimentale.

Denominazione	Azienda sanitaria locale Asl - Biella
Tipo di responsabilità	Responsabile infermieristico delle attività di Ricerca.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Presso l'Asl di Biella, da alcuni anni è stata istituita la figura del Responsabile infermieristico delle attività di ricerca. L'attività svolta è inerente: ∞ la ricerca di conoscenze scientifiche e specialistiche per l'aggiornamento continuo delle pratiche assistenziali e dei modelli organizzativi; ∞ la diffusione della cultura della pratica basata sulle evidenze scientifiche nell'erogazione delle prestazioni infermieristiche; ∞ la partecipazione allo studio di progetti assistenziali o organizzativi innovativi da sviluppare nel nuovo ospedale. In particolare, l'attività impostata a partire da marzo 2007 ha essenzialmente riguardato due aree principali: ∞ diffusione di un'assistenza basata su prove di efficacia, la quale ha previsto la realizzazione di gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari per la realizzazione di linee guida aziendali o percorsi clinico-assistenziali; ∞ realizzazione di studi di ricerca (realizzati in collaborazione con l'Università di Firenze).

Denominazione	Istituto ortopedico Rizzoli (Iloor) (*)
Tipo di responsabilità	Infermiere di ricerca (Research Nurse).
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	È stata istituita la figura dell'infermiere di ricerca a partire dal 2003, supportata da un nucleo operativo di esperti (10 professionisti infermieri, tecnici, fisioterapisti) che costituiscono il centro di ricerca del servizio assistenziale. Successivamente è stata creata la rete di referenti di ricerca e di EBP (Evidence Based Practice) (professionisti dell'area infermieristica, tecnica e della riabilitazione) in ogni reparto/servizio. Gli obiettivi del centro di ricerca possono essere ricondotti ai punti di seguito riportati: 1. supporto metodologico a tutti i professionisti dell'area assistenziale che vogliono produrre progetti di ricerca; 2. governo clinico della ricerca medica in area assistenziale per i professionisti che collaborano e partecipano alle ricerche come da mandato istituzionale; 3. diffusione della cultura della ricerca attraverso un piano di formazione rivolto sia al personale dell'Istituto che all'esterno; 4. produzione di ricerche in ambito assistenziale; 5. partecipazione alle sedute del Comitato Etico.

Denominazione	Azienda sanitaria locale Asl - Provincia di Brescia
Tipo di responsabilità	Coordinatori Infermieristici nelle articolazioni territoriali con responsabilità organizzativa e professionale (aree anziani e cure domiciliari, igiene e medicina di comunità, materno infantile).
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	A fronte di una progressiva esternalizzazione dell'erogazione delle prestazioni da parte delle ASL della Lombardia, con impoverimento del patrimonio professionale, di esperienza e formazione specifica, l'ASL di Brescia si caratterizza per una sostanziale controtendenza. Infatti, pur nel rispetto delle indicazioni regionali di accreditamento di enti erogatori esterni al fine di garantire la libera scelta del cittadino-utente, l'elevato numero di infermieri, ostetriche e assistenti sanitari dipendenti ha influito nel mantenere in buona parte la gestione diretta delle prestazioni. In tale contesto, l'implementazione del modello di rete sanitaria e socio-sanitaria ha portato a costruire percorsi e strumenti gestionali, organizzativi e assistenziali orientati a perseguire la continuità assistenziale nei confronti dei malati con patologie complesse. Anche gli infermieri sono parte attiva di questo processo e partecipano, sia a livello centrale che territoriale, alla progettazione e alla realizzazione di tali percorsi. A titolo esemplificativo, si riporta un elenco di tali percorsi: ∞ accordi di collaborazione con le strutture di ricovero e cura per la dimissione/ammissione protetta delle persone fragili; ∞ accordi di collaborazione con le strutture di ricovero e cura per la dimissione protetta di puerpera e neonato; ∞ condivisione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (con specialisti e infermieri delle strutture, medici di medicina generale, infermieri territoriali); ∞ istituzione delle Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionali (UCAM) distrettuali e di un'equipe multiprofessionale (infermiere, medico, assistente sociale con possibilità di consulenze specialistiche). L'equipe è competente: ○ nell'accoglienza delle richieste di attivazione di servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali; ○ nel ri-orientamento delle richieste improprie; ○ nella valutazione multidimensionale; ○ nell'attivazione dei servizi della rete territoriale con definizione del piano di interventi; ○ nella verifica ed eventuale riprogettazione del piano. A supporto dell'attività delle UCAM e dell'erogazione delle prestazioni infermieristiche domiciliari, sono stati predisposti specifici supporti informativi (cartacei ed informatizzati) e strumenti professionali. Sul sito internet dell'Asl (www.aslbrescia.it) è possibile consultare la maggior parte dei documenti citati.

Denominazione	Azienda sanitaria locale Usl - Cesena
Tipo di responsabilità	Responsabile Processo gestione del Rischio.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Il caso si propone come modello organizzativo integrato di governo clinico-assistenziale e <i>risk management</i>. Il quadro di regolamentazione dell'esercizio professionale e la ridefinizione degli spazi, responsabilità e competenza fondano i presupposti da cui è scaturita l'idea di pensare ad un modello organizzativo che assumesse, come oggetto di studio, il rischio e la sicurezza, offrendo così supporto alle professioni responsabili dell'assistenza affinché si realizzassero forme di risposta partecipata di gestione del rischio, dove le evidenze scientifiche potessero realmente tradursi in azioni e risultati. Le motivazioni che hanno ispirato tale modello trovano le proprie radici nella consapevolezza dell'importanza rivestita dall'orientare le organizzazioni, i dirigenti e i professionisti responsabili dell'assistenza ad una visione sistemica dei rischi, evitando così di fermarsi unicamente all'identificazione ed all'analisi degli stessi, ma creando piuttosto le basi per costruire un ambiente sicuro, basato su interventi integrati e partecipati tra management e professionisti. Tale approccio disegna nell'ambito della Direzione Infermieristica e Tecnica un'area deputata al governo dei processi assistenziali e alla gestione del rischio. L'area è inserita in un nucleo interdisciplinare aziendale che si propone di promuovere, con una visione sistemica, interventi finalizzati alla sicurezza del paziente e del personale. Si tratta di una struttura organizzativa trasversale rispetto all'ambito aziendale, dove l'integrazione di competenze, sinergie professionali e azioni specifiche, consentono la realizzazione di progetti organizzativi-assistenziali miranti alla riduzione del rischio. L'area è dotata di professionisti in possesso di specifiche conoscenze e competenze distintive a carattere organizzativo ed epidemiologico; caratteristiche essenziali sono la disponibilità a svolgere la propria attività in modo integrato con i professionisti responsabili dell'assistenza e la capacità di generare confronto e discussione in riferimento alle pratiche adottate e ai rischi connessi. Le principali finalità riguardano: ∞ la promozione del cambiamento culturale in tema di gestione del rischio; ∞ la condivisione di percorsi strutturati inerenti il governo assistenziale e il <i>risk management</i>; ∞ l'implementazione di metodi e strumenti efficaci; ∞ lo sviluppo di modalità assistenziali basate sulle evidenze scientifiche; ∞ l'adozione di comportamenti finalizzati alla gestione del rischio; ∞ la promozione di interventi educativi specifici.

Denominazione	Azienda Ospedaliero Universitaria Arcispedale S. Anna di Ferrara
Tipo di responsabilità	Infermiere referente assistenziale nel Dipartimento di Medicina Riabilitativa.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Nell'ambito del Dipartimento di Medicina Riabilitativa è stata fatta una scelta organizzativa che prevede un unico Coordinatore infermieristico per le due unità operative di degenza e l'istituzione di un infermiere referente per ogni settore assistenziale. Questo modello organizzativo è collegato, da una parte, ad una precisa volontà di valorizzare la crescita professionale che porta a premiare l'assunzione di responsabilità degli operatori in relazione alle attività delegate, e, dall'altra, ad un aumento della complessità organizzativa che dove è più elevata necessita di maggiore integrazione. All'infermiere referente, infatti, sono delegate funzioni ed attività di tipo gestionale-organizzativo legate al processo assistenziale, allo scopo di agevolare i processi comunicativi e relazionali con il coordinatore e con gli altri professionisti. In questo modo le responsabilità vengono integrate e finalizzate al coordinamento dei vari ambiti operativi. Gli aspetti da approfondire riguardano: ∞ l'efficacia delle relazioni; ∞ l'efficacia dell'integrazione delle diverse professionalità; ∞ la consapevolezza del nuovo ruolo rivestito da parte dell'infermiere referente; ∞ la consapevolezza del nuovo ruolo rivestito dall'infermiere referente da parte degli altri professionisti.

Denominazione	Azienda sanitaria locale Usl Empoli (*)
Tipo di responsabilità	Dipartimento delle Professioni sanitarie articolato in tredici unità operative, dirette da dirigenti sanitari appartenenti alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Il regolamento di organizzazione individua la macro-articolazione professioni sanitarie come parte dell'organizzazione preposta all'attività di pianificazione strategica e di sviluppo, direzione e gestione delle figure professionali. Il Dipartimento delle professioni sanitarie è articolato in cinque unità organizzative complesse (UOC) e otto unità operative semplici (UOS). Quelle a conduzione infermieristica sono le seguenti: - UOC Direzione, Organizzazione e Valutazione delle attività infermieristiche, ostetriche e di supporto cui è aggregata l'UOS Assistenza Ostetrica; - UOC Assistenza Infermieristica Ospedaliera, cui è aggregata l'UOS Assistenza Infermieristica Ospedaliera Valdarno; - UOC Assistenza Infermieristica Territoriale che si articola in: UOS Assistenza Infermieristica Territoriale Empolese-Valdelsa. UOS Assistenza Infermieristica Territoriale Valdarno. - UOC Integrazione processi assistenziali e tecnologici. La caratterizzazione dell'esperienza del Dipartimento delle professioni sanitarie dell'Asl di Empoli è l'elevato livello di autonomia che si esprime attraverso la gestione del budget e la gestione del personale sanitario e di supporto.

Denominazione	Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino (Genova) Azienda Unità Sanitaria Locale Piacenza
Tipo di responsabilità	Infermiere case manager: attivazione di un ambulatorio infermieristico per la riabilitazione precoce, l'educazione terapeutica ed il follow-up delle persone portatrici di enterotomia.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Il Case Manager viene qui inteso come l'infermiere responsabile di un percorso, in quanto si occupa di orientare tutti i pazienti eleggibili, ed è altresì il professionista responsabile della relazione terapeutica con il cittadino che accede al servizio. In particolare, il Case Manager è responsabile della presa in carico del paziente e della pianificazione delle attività assistenziali necessarie. È il coordinatore del percorso clinico assistenziale ed ha la responsabilità del governo e del monitoraggio degli indicatori di appropriatezza relativi ai percorsi attivati. Il modello organizzativo attivato nelle due aziende e sottoposto a confronto è orientato alla riduzione del rischio e allo sviluppo della sicurezza. In entrambe le aziende il percorso del paziente ricoverato è volto a favorire l'autonomia e migliorare la qualità della vita della persona e comprende: ∞ informazione e disegno pre-operatorio; ∞ inizio del piano assistenziale nell'immediato post-operatorio; ∞ valutazione del grado di autonomia al momento della dimissione; ∞ presa in carico post-dimissione. Il confronto dei due modelli (Piacenza e Genova) è finalizzato a: ∞ verificare il grado di uniformità di comportamento professionale raggiunto con l'utilizzo di strumenti operativi validati (linee guida, schede di piano assistenziale); ∞ valutare, a sei mesi dall'attivazione del servizio, la ricaduta di un intervento assistenziale personalizzato e coerente finalizzato al raggiungimento di competenze professionali oggettivabili; ∞ valutare sulla base degli indicatori di appropriatezza utilizzati l'effettiva efficacia del servizio.

Denominazione	Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda
Tipo di responsabilità	Articolazione della competenza infermieristica e identificazione di responsabilità formative ed organizzative: Infermiere Case Manager, Capo Turno, Referente di Settore, Tutor.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	L'evoluzione dei bisogni sanitari della persona assistita e la crescente complessità del sistema sanitario hanno reso necessaria la valorizzazione di competenze infermieristiche specifiche in grado di svolgere una funzione di integrazione per garantire la continuità assistenziale. L'indirizzo seguito dalla Direzione Infermieristica dell'AO "Ospedale Niguarda Ca' Granda" è stato quello di formalizzare, tramite avvisi di selezione interna, i seguenti ruoli: ∞ Infermiere Case Manager: responsabile della continuità dell'assistenza prestata all'utente attraverso la presa in carico globale della persona dal momento del ricovero fino alla preparazione della sua dimissione. ∞ Infermiere Capo Turno: coordina l'attività infermieristica durante il turno di servizio lavorativo. È individuato nei settori ad alta criticità e/o specializzazione in cui la numerosità degli operatori rende necessaria la supervisione diretta di processi decisionali particolarmente critici. ∞ Infermiere Referente di Settore: responsabile dell'assistenza infermieristica erogata in un settore specifico dell'UO o del Servizio di assegnazione esprimendo una elevata discrezionalità decisionale specifica. ∞ Infermiere Tutor: costituisce il riferimento per l'inserimento e l'addestramento del personale infermieristico neo-inserito nella struttura. Aspetti da approfondire: ∞ correlazione tra i fattori di contesto, gli obiettivi del sistema, i processi o le modalità con cui i destinatari delle politiche di gestione delle risorse umane interagiscono con le condizioni determinate dall'operare della gestione; ∞ gestione delle risorse umane nella <i>balanced scorecard</i>.

Denominazione	Azienda Ospedaliera Padova – Azienda Ulss 16 Padova
Tipo di responsabilità	Direzione Servizio dell'Assistenza interaziendale, come esperienza di integrazione tra azienda sanitaria territoriale e Azienda ospedaliera.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Nell'ottica di una reale interaziendalizzazione, l'impostazione prevede che ogni responsabile si occupi, nell'ambito delle proprie funzioni, di entrambe le aziende. <u>Organizzazione</u> Nella Struttura Interaziendale Servizio dell'Assistenza l'organizzazione tecnico-gestionale è articolata nei seguenti livelli: ∞ Direzione, deputata al governo delle attività e competenze assegnate al Servizio. ∞ Aree Professionali, deputate alla gestione delle risorse umane: Area Infermieristica/ostetrica ospedaliera, Area Infermieristica/ostetrica Territoriale, Area Tecnico sanitaria, Area della riabilitazione e Area dell'ispezione e vigilanza. ∞ Aree Funzionali, deputate alla gestione di: Funzione di Programmazione, Funzione di Sviluppo professionale, Funzione di sviluppo organizzativo, Funzione di ricerca ed uso delle evidenze scientifiche. Successivamente alla ridefinizione dell'assetto organizzativo, si è attuata una preliminare omogeneizzazione delle procedure organizzative interne di gestione del personale di assistenza delle due aziende (es.: procedura mobilità interna, gestione scioperi, inserimento e valutazione del personale, ecc.), cui è seguita la riorganizzazione degli spazi fisici, delle attrezzature e dei sistemi informatici. A seguire, si è provveduto al consolidamento del processo di integrazione interna, con esplicitazione dettagliata delle funzioni/attività di ogni responsabile e referente, anche attraverso un percorso formativo specifico. <u>Ostacoli e Criticità derivanti dall'integrazione</u> Dalla sua costituzione, il Servizio dell'Assistenza ha continuato e consolidato il processo di interaziendalizzazione tra azienda ospedaliera e Ulss 16. Tale processo, che persegue indubbi benefici economici e qualitativi, sconta tuttavia allo stato attuale alcune difficoltà legate alla complessità e alle dimensioni delle aree interessate, che possono così sintetizzarsi: ∞ necessità di raccordarsi con un sistema di responsabilità separata delle due aziende, per la presenza di due direzioni strategiche che hanno tempi e priorità non sempre allineate; ∞ estensione dei servizi gestiti su un'area territoriale vasta (il Servizio dell'Assistenza si relaziona con circa 180 unità operative distribuite, oltre che nelle due strutture ospedaliere, in tutto il territorio di Padova e nei Comuni compresi nei 5 Distretti Socio-Sanitari), con necessità di più sedi lavorative per i componenti del Servizio, che rendono a volte difficile la trasmissione delle informazioni in modo tempestivo e capillare, al fine di arrivare a scelte il più possibile ragionate e condivise. <u>Benefici dell'integrazione</u> Il processo di interaziendalizzazione ha costituito un ottimo presupposto per l'ottimizzazione dell'integrazione tra le attività della rete assistenziale ospedaliera e le attività territoriali, che può essere così sintetizzato: ∞ equità ed ottimizzazione nell'arruolamento e nella distribuzione delle risorse umane tra le due aziende, in una situazione di costante diminuzione di risorse professionali (specialmente infermieristiche); ∞ integrazione delle procedure di gestione del personale e dei comportamenti professionali assistenziali (procedure tecnico-professionali);

- ∞ omogeneizzazione della gestione di varie funzioni (sviluppo di progettualità trasversali di miglioramento dell'assistenza, inserimento e valutazione del personale neoassunto, gestione della mobilità interna, sviluppo professionale, identificazione dei fabbisogni formativi a supporto di progettualità specifiche);
- ∞ promozione dell'inserimento, all'interno dei progetti di budget di ogni unità operativa, delle strategie di miglioramento della qualità dell'assistenza, legandole alla valutazione individuale prevista dal CCNL.

La dimensione delle due aziende integrate facilita la possibilità di confronto con le principali aziende sanitarie e ospedaliere nazionali, arricchendo ulteriormente le opportunità professionali per tutti gli operatori sanitari.

Denominazione	Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma
Tipo di responsabilità	Case manager nel contesto dell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC), figura leader della gestione integrata del processo assistenziale.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Il progetto si colloca, come area tematica, all'interno di una delle dimensioni del Clinical Governance, ovvero la dimensione inerente "l'efficacia delle cure assistenziali", e ha come contesto organizzativo di riferimento l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC). Iniziata la sua fase di attuazione in Dicembre 2007, il progetto riguarda: ∞ l'implementazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della persona che presenta un Infarto Acuto del Miocardio (STEMI); ∞ un percorso obiettivo che prevede la teletrasmissione dell'elettrocardiogramma; ∞ un nuovo modello gestionale-organizzativo "Case Management", dove l'infermiere Case Manager (CM) rappresenta la figura leader nella gestione integrata dei processi assistenziali, sia delle UO aziendali coinvolte (Pronto Soccorso e Laboratorio di emodinamica), che di collegamento con il territorio (Centrale Operativa 118 e strutture extraospedaliere). Il percorso ha come obiettivo generale la tempestività degli interventi clinico-assistenziali, tempo "door to ballom" < 90', come da linee guida internazionali. Il ruolo di alta responsabilità dell'infermiere CM non si limita soltanto alla fase acuta, e quindi alla fase della diagnosi, ma si estende in modo rilevante anche alle altre fasi del processo assistenziale, ovvero alle fasi della riabilitazione attraverso programmi personalizzati e multidisciplinari e della prevenzione secondaria, fino alla dimissione. Nello specifico, le aree d'intervento dell'infermiere CM sono: assistenziali, manageriali, formative e di ricerca. A che punto siamo? Abbiamo utilizzato come metodologia il PDCA (Plan - Do - Check - Act) e ci troviamo nella fase di controllo dove i primi risultati sono davvero soddisfacenti; abbiamo infatti ottenuto una riduzione dei tempi medi d'intervento da 135 minuti a 86 minuti nel periodo considerato (2005-2008). Per la realizzazione del percorso obiettivo, numerosi sono stati gli strumenti operativi costruiti: matrice analitica generale di base delle attività di ogni episodio del percorso; matrice analitica economica, per la valorizzazione del percorso obiettivo e confronto con quello storico, utilizzando la metodologia "engineering studies method"; sistema di reporting; sistema di indicatori dei risultati; sistema di monitoraggio e realizzazione di un filmato video; scheda infermieristica unificata per la continuità assistenziale; questionario di gradimento. Le prospettive future vanno verso la definizione di un profilo di competenze dell'infermiere CM, un programma di <i>empowerment</i>, la creazione di un sito medico-infermieristico. Crediamo che la gestione per processi attraverso lo strumento del PDTA e il modello del "Case Management" possano davvero rappresentare una frontiera che apre un dialogo tra ricerca e pratica, tra elementi di carattere organizzativo-economico e quelli di tipo clinico-assistenziale, pur riconoscendo la complessità organizzativa delle aziende sanitarie. È auspicabile che questo modello possa diventare un valore aggiunto nella gestione dei problemi di salute della persona ed essere ampliato ad altre realtà organizzative: il successo del modello è basato sull'integrazione a vari livelli (UO, professionisti, Aziende Sanitarie), sull'autonomia dei professionisti e sulla centralità della persona.

Denominazione	Azienda sanitaria ospedaliera San Salvatore di Pesaro (*)
Tipo di responsabilità	Coordinamento infermieristico del blocco operatorio.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	L'aspetto caratterizzante di questa esperienza riguarda l'attribuzione della responsabilità del governo di un'articolazione aziendale strategica e complessa, come il blocco operatorio, ad un infermiere coordinatore, con il conseguente spostamento dell'enfasi dall'aspetto clinico a quello clinico-assistenziale-organizzativo. La responsabilità del coordinatore di blocco operatorio riveste diversi aspetti che possono essere schematizzati nei punti seguenti: ∞ gestione del budget assegnato attraverso il controllo del processo produttivo, con particolare enfasi sulla ricerca di soluzioni efficienti; ∞ gestione del processo produttivo attraverso lo strumento della lista operatoria (settimanale e giornaliera), costruita sulla base della rilevazione e condivisione dei tempi standard aziendali di espletamento degli interventi chirurgici; ∞ gestione delle risorse umane, degli spazi e attrezzature, nonché del materiale di consumo, dei farmaci e dell'assegnazione delle sedute operatorie sulla base delle liste e degli interventi programmati; ∞ definizione, gestione e aggiornamento di protocolli igienico-sanitario in riferimento a sicurezza e protezione individuale (malato e operatori), smaltimento rifiuti, pulizia e sanificazione ambiente, disinfezione e sterilizzazione strumentario chirurgico e altri dispositivi medici, preparazione paziente, comportamento degli operatori in sala operatoria, autorizzazione ed accreditamento.

Denominazione	Azienda sanitaria locale Ausl – Piacenza (*)		
Tipo di responsabilità	Case Manager della Rete GRACER (Gravissime disabilità acquisite) Organizzazione di processi e valutazione clinica nella rete territoriale.		
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	L'AUSL di Piacenza, per realizzare le indicazioni contenute nelle DGR 2068/2004 e 1206/2007, ha scelto, come modalità organizzativa di gestione della fase territoriale, la figura del Case Manager della Rete GRACER. Il CM Gracer ricopre un ruolo con posizione organizzativa e afferisce alla UO Gestione della Non Autosufficienza e Fragilità del Dipartimento delle Cure Primarie. Gli <u>obiettivi</u> perseguiti sono i seguenti: ∞ personalizzazione delle risposte in relazione all'eterogeneità dei bisogni. Poiché, pur in presenza di disabilità simili, le necessità dei singoli utenti e delle loro famiglie possono essere diverse, occorre progettare una risposta personalizzata per ogni singolo caso; ∞ approccio globale ed integrato ai bisogni della persona. Il punto di riferimento deve essere il progetto di vita della persona con una visione unitaria ed integrata; ∞ centralità della persona, libertà e vita indipendente. In alcune disabilità coesistono situazioni di grave non autosufficienza e situazioni con una buona autonomia personale e capacità della persona di autodeterminare le scelte relative alla propria esistenza. Il rispetto della volontà e delle scelte della persona devono costituire un riferimento sia per i modelli di intervento che per le scelte organizzative dei servizi; ∞ sostegno alle famiglie. Dal momento che nelle situazioni sopradescritte i familiari sono coinvolti in un impegno assistenziale particolarmente elevato e carico di tensioni emotive, si rende necessario sostenere questo impegno da parte dell'equipe assistenziale nei suoi diversi aspetti. <u>Profilo:</u> ∞ gestione dei percorsi relativi alla rete gracer (presa in carico dei pazienti e dei percorsi e integrazione con le famiglie e i care givers; progettazione del percorso individuale insieme all'equipe di cura ed essere punto di collegamento; organizzazione, pianificazione e valutazione di casi e <i>follow-up</i>; verifica dell'assistenza infermieristica e generale erogata al paziente; monitoraggio dei risultati, valutazione e modifica al piano concordando con l'equipe); ∞ informazione, educazione, <i>counselling</i> verso la famiglia, sostegno alla comprensione e alla collaborazione da parte del paziente e del care giver/famiglia; ∞ costruzione di <i>clinical pathway/care map</i> e verifica dell'applicazione; ∞ manutenzione del sistema informativo del sistema GRACER; ∞ ascolto verso i componenti dell'equipe, i familiari e il paziente. <u>Attività svolta:</u> 1. 38 pazienti valutati; 2. 26 pazienti presi in carico; 3. costruiti i progetti individuali nel team. <u>Indicatori di verifica e risultati ottenuti</u>		
	Obiettivo	Indicatore	Risultato
	Tempestività: % pazienti residenti che rientrano dalle strutture riabilitative private nel territorio nei tempi previsti.	N. pazienti GRACER dimessi nei tempi previsti N. pazienti GRACER ricoverati presso strutture private cod. 75	60% 2007 100% primo semestre 2008
	Costanza qualitativa: garantire l'effettuazione del 90% delle visite di valutazione del recupero della responsività presso la struttura riabilitativa cod. 75.	N. visite a pazienti GRACER in struttura extra-aziendale effettuate N. visite in struttura extra-aziendale programmate	100%
	Continuità assistenziale: garantire l'effettuazione del 98% dei PAI per la definizione del progetto riabilitativo alla dimissione dalla struttura privata.	N. PAI compilati per dimissione paziente GRACER N. pazienti GRACER dimissibili da struttura privata	100%
	Appropriatezza: % pazienti GRACER ricoverati in intensiva aziendale (cod. 56) per oltre 2 mesi.	N. pazienti GRACER ricoverati per oltre 2 mesi N. pazienti GRACER ricoverati c/o intensiva aziendale (cod. 56)	33%

Denominazione	Azienda sanitaria locale Ausl - Piacenza													
Tipo di responsabilità	Coordinatore - responsabile Case Manager dialisi peritoneale territoriale, responsabilità trasversale nell'ambito interaziendale.													
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	La dialisi peritoneale continua domiciliare (CAPD) è un trattamento sostitutivo della funzione renale la cui gestione quotidiana è affidata al paziente stesso e/o ad un familiare. Gli aspetti più rilevanti della dialisi domiciliare sono la deospedalizzazione del trattamento, l'autogestione delle cure della malattia da parte del paziente con miglioramento della qualità della vita ed il minor costo globale per paziente rispetto alla dialisi ospedaliera.													
	L'obiettivo principale di questo progetto è domiciliare 5 pazienti cronici e stabili, ma non autosufficienti, nei primi 12 mesi, lasciando l'accesso nel centro ospedaliero ai pazienti meno stabili. I pazienti rappresentano un carico teorico, con un massimo di 2 scambi per 5 giorni la settimana, pari a 80 minuti per paziente, con un totale di 33 ore la settimana e 1.733 ore anno.													
	Operatori coinvolti: Infermieri della UO Nefrologia e dialisi, infermieri della UO Cure Primarie del Distretto urbano di Piacenza, i MMG dei pazienti target, medici nefrologi, il direttore della UO Cure Primarie, il Direttore Assistenziale Aziendale, UO Formazione per le procedure di accreditamento ECM del corso. Coordinatore - responsabile Case Manager dialisi peritoneale territoriale.													
	Il cruscotto elaborato è stato il seguente:													
	<table><tr><th>Obiettivo</th><th>Indicatore</th><th>Risultato</th></tr><tr><td>Fornire a domicilio su richiesta del paziente o dei famigliari prestazioni di dialisi peritoneale per un massimo di 2 accessi al giorno.</td><td>n. prestazioni fornite/ n. prestazioni richieste = 1</td><td>100 %</td></tr><tr><td>Ogni caso preso in carico in ADI mantiene la presa in carico congiunta del Servizio Dialisi.</td><td>n. pazienti in dialisi peritoneale domiciliare con presa in carico congiunta ADI-Servizio Dialisi/n. pazienti in dialisi peritoneale</td><td>100%</td></tr><tr><td>Efficacia della domiciliarità (*) infezioni del catetere, perdita di peso non programmata, malfunzionamento del circuito.</td><td>n. pazienti in dialisi peritoneale che manifestano complicanze (*)/n. pazienti in dialisi peritoneale e domicilio</td><td>0%</td></tr></table>			Obiettivo	Indicatore	Risultato	Fornire a domicilio su richiesta del paziente o dei famigliari prestazioni di dialisi peritoneale per un massimo di 2 accessi al giorno.	n. prestazioni fornite/ n. prestazioni richieste = 1	100 %	Ogni caso preso in carico in ADI mantiene la presa in carico congiunta del Servizio Dialisi.	n. pazienti in dialisi peritoneale domiciliare con presa in carico congiunta ADI-Servizio Dialisi/n. pazienti in dialisi peritoneale	100%	Efficacia della domiciliarità (*) infezioni del catetere, perdita di peso non programmata, malfunzionamento del circuito.	n. pazienti in dialisi peritoneale che manifestano complicanze (*)/n. pazienti in dialisi peritoneale e domicilio
Obiettivo	Indicatore	Risultato												
Fornire a domicilio su richiesta del paziente o dei famigliari prestazioni di dialisi peritoneale per un massimo di 2 accessi al giorno.	n. prestazioni fornite/ n. prestazioni richieste = 1	100 %												
Ogni caso preso in carico in ADI mantiene la presa in carico congiunta del Servizio Dialisi.	n. pazienti in dialisi peritoneale domiciliare con presa in carico congiunta ADI-Servizio Dialisi/n. pazienti in dialisi peritoneale	100%												
Efficacia della domiciliarità (*) infezioni del catetere, perdita di peso non programmata, malfunzionamento del circuito.	n. pazienti in dialisi peritoneale che manifestano complicanze (*)/n. pazienti in dialisi peritoneale e domicilio	0%												
	Dopo la formazione, la presa in carico e il monitoraggio dei primi cinque casi si può affermare che la dialisi peritoneale domiciliare è un trattamento che può essere esteso ad altri casi.													

Denominazione	Azienda sanitaria locale Ausl - Piacenza
Tipo di responsabilità	Case Management della lungodegenza con responsabilità trasversale nell'ambito aziendale ed extraaziendale.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Il Case Management (CM) della lungodegenza è una tipologia di gestione del percorso assistenziale del paziente, che si va sempre più diffondendo come modello organizzativo. Il CM LD Pare consiste nella presa in carico del paziente e nella sua supervisione dal momento del ricovero per poter pianificare una dimissione precoce e adeguata ai bisogni del paziente e della famiglia, puntando sull'integrazione delle professionalità interessate al soddisfacimento dei bisogni clinico-assistenziali dello stesso e sottolineando l'aspetto di "presa in carico", di "continuità assistenziale", di dimissione coordinata e lineare dell'utente. Il Case Manager deve guidare, indirizzare ed autorizzare l'accesso dell'utenza all'ampia varietà di servizi disponibili per la dimissione del paziente (case di cura, centri di riabilitazione, domicilio). Dal punto di vista organizzativo il Case Manager LD Pare è una posizione organizzativa in staff al Direttore Assistenziale di Presidio Unico. Il profilo del C.M. è sintetizzabile nei seguenti punti: ∞ definire il percorso assistenziale più adeguato e personalizzato nell'ottica di migliorare l'assistenza; ∞ mantenere la continuità dell'assistenza attraverso la definizione delle modalità di coordinamento dei diversi attori erogatori di prestazioni di cura più rispondenti alle necessità del "caso" e ai bisogni espressi o latenti degli utenti per la dimissione; ∞ progettare piani e programmi di dimissione in grado di migliorare la qualità e l'efficienza degli interventi socio-sanitari per ridurre la degenza media, e di conseguenza di controllarne i costi e di ottimizzarne i risultati; ∞ migliorare la qualità percepita degli utenti; ∞ aumentare la collaborazione di professionisti e migliorare il livello di soddisfazione, di professionalità e di competenza dei professionisti, e migliorare la comunicazione e l'efficacia-efficienza delle informazioni assistenziali tra i numerosi attori coinvolti; ∞ ottimizzare le risorse in uso per l'erogazione dell'assistenza. Conoscenze richieste: ∞ cliniche, con particolare riferimento alle conoscenze di assistenza di base, di guarigione delle lesioni da decubito, etc...; ∞ assistenziali/infermieristiche, con particolare riferimento alla valutazione dello stato di miglioramento delle condizioni cliniche del paziente, etc...; ∞ relazionale, con particolare riferimento alle relazioni con l'equipe multiprofessionale, il paziente e il caregiver, i collaboratori, i colleghi, la DAA.

Denominazione	Azienda sanitaria locale Usl 3 - Pistoia
Tipo di responsabilità	Responsabile Aziendale "Implementazione modelli e percorsi assistenziali", con particolare enfasi sull'Ospedale per Intensità di Cure e sul Chronic Care Model.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Dal 2007 è stata attribuita una posizione organizzativa ad un coordinatore per riorganizzare la modalità assistenziale infermieristica sia in ambito ospedaliero che territoriale. La AUSL 3 di Pistoia, come previsto dal PSR 2008/10 e precedenti, è impegnata nell'implementazione dell'Ospedale per Intensità di Cure e di nuovi modelli territoriali in grado di gestire la cronicità (<i>Chronic Care Model</i>). A livello infermieristico la figura dell'Infermiere Coordinatore dei Modelli e Percorsi Assistenziali assume un ruolo fondamentale per strutturare modalità organizzative di presa in carico durante il ricovero ospedaliero ed a livello territoriale al fine di garantire la continuità assistenziale. I modelli che la Direzione delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche ha individuato sono: ∞ il <i>Primary Nursing</i> e <i>Midwifery Care</i> per i setting ospedalieri (percorso di cambiamento in atto già dal 2004); ∞ l'"Infermiere di famiglia" per l'assistenza territoriale (questo modello è attualmente oggetto di proposta alla Direzione Generale dell'azienda). Il coordinatore svolge le seguenti macro-attività: ∞ progettazione operativa per l'implementazione del modello negli specifici setting ospedalieri e nell'assistenza territoriale, in stretta collaborazione con i coordinatori interessati al cambiamento. Supporta i coordinatori nell'analisi del bisogno assistenziale dell'utenza che accede al servizio, e nella definizione delle competenze specialistiche (per ambito assistenziale) degli Infermieri di Riferimento. Collabora nell'analisi organizzativa del contesto con l'obiettivo di definire le attività svolte ed il carico assistenziale. Elabora con i coordinatori il nuovo percorso assistenziale organizzato secondo il modello scelto; ∞ supporto nell'analisi e individuazione di strategie atte a garantire il raggiungimento degli obiettivi dei singoli progetti, gestione incontri con i singoli coordinatori per valutare lo stato dell'arte della nuova organizzazione, individuazione criticità incontrate e modalità-strategie di superamento; ∞ programmazione annuale della formazione specifica degli Infermieri e Coordinatori a supporto del cambiamento. In particolare gestisce la formazione relativa al modulo base che prevede i seguenti contenuti: principi assistenziali ed organizzativi del modello, strumenti informativi. Gestisce il modulo per lo sviluppo dell'assistenza avanzata organizzando percorsi formativi ad hoc, in base alla risposta assistenziale da garantire all'utenza che accede ai servizi. Rileva i bisogni formativi specifici dei coordinatori relativi alle competenze richieste per la gestione del cambiamento nei vari setting assistenziali; ∞ coadiuva il Direttore delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche nell'individuazione degli obiettivi di budget relativi al monitoraggio dei risultati assistenziali. Breve sintesi delle attività svolte dal 2004 ad oggi: ∞ biennio 2004/2006. Coordinamento aziendale del progetto elaborato e gestito dall'Agenzia Formativa Centro Ricerca e Formazione di Padova per l'implementazione nelle UUOO di Medicina e Chirurgia, supporto per l'analisi organizzativa iniziale, messa a punto dei processi organizzativi da modificare ed introduzione di nuove attività nel percorso assistenziale. Supporto alla formazione del modulo base ed avanzato. Verifica in itinere dell'implementazione del modello, rilevazione criticità ed individuazione strategie di soluzione.

- ∞ Anno 2007. Gestiti laboratori per l'elaborazione di programmi standardizzati di Nursing Avanzato e realizzati incontri formativi (accreditati con 40 ECM dalla Regione Toscana) per la condivisione del materiale prodotto con il 100% del personale interessato (circa 160 infermieri). Partecipazione ai laboratori per la realizzazione della cartella clinica integrata d'Area Chirurgica, gestiti in collaborazione con Medicina legale e Direzione Sanitaria.
- ∞ Anno 2007. Iniziato il processo di individuazione e monitoraggio degli obiettivi di budget relativi ai risultati assistenziali previsti dall'implementazione del nuovo modello.
- ∞ Anno 2008. Realizzate 8 Edizioni del corso "Infermiere di Riferimento" - Modulo base (ogni edizione costituita da 5 incontri d'aula di 4 ore ciascuno) rivolto a: infermieri, operatori socio sanitari, coordinatori, appartenenti ai setting ciclo continuo dell'Area Medica e Chirurgica e dell'Assistenza Domiciliare.
- ∞ Anno 2008. Perfezionato il sistema di monitoraggio dei risultati assistenziali attraverso la realizzazione di un database infermieristico in collaborazione con l'U.O. Controllo di Gestione.
- ∞ Anno 2009. Gestione del modulo di formazione per le competenze avanzate per ambito assistenziale specialistico rivolto agli infermieri.
- ∞ Gestione del modulo di formazione "supportare il cambiamento" rivolto ai coordinatori.
- ∞ Gestione di laboratori con tutti i coordinatori delle Aree Ospedaliere e dell'Assistenza Domiciliare al fine di riprogettare il percorso assistenziale con la previsione della presa in carico da parte dell'Infermiere di Riferimento e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.
- ∞ Miglioramento database infermieristico.

Denominazione	Azienda sanitaria locale Usl - Rieti
Tipo di responsabilità	Case Manager infermieristico, Dipartimento Oncologico.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Il nuovo Dipartimento Oncologico ha reso necessario un generale ripensamento delle responsabilità legate alla “gestione del caso” clinico, introducendo l’esigenza di pervenire alla definizione di un nuovo ruolo destinato ad assumersi l’onere di promuovere l’integrazione, il coordinamento e la comunicazione tra i diversi attori erogatori delle prestazioni sul paziente. Tale figura, il Case Manager (CM), ha la responsabilità di: ∞ garantire, focalizzandosi sull’intero percorso assistenziale del paziente oncologico, il mantenimento della continuità dell’assistenza durante l’episodio di cura, attraverso un efficace coordinamento dei diversi attori erogatori dei servizi necessari a rispondere ai bisogni del paziente e alla sua famiglia; ∞ divenire facilitatore all’esercizio delle professionalità del team di operatori di volta in volta coinvolto nel percorso assistenziale; ∞ monitorare efficacemente lo svolgimento delle attività, sia per quanto riguarda il raggiungimento dei risultati sia per quanto riguarda l’uso delle risorse. La figura del CM individuata per il Dipartimento Oncologico fa riferimento a quella del CM ospedaliero/territoriale in risposta alla necessità di mantenere un continuum assistenziale tra il ricovero ospedaliero, il <i>follow-up</i> e l’eventuale assistenza territoriale mediante il coinvolgimento proattivo di tutti gli attori che ad ogni livello sono in grado di influenzare direttamente e indirettamente l’esito del processo assistenziale. Il processo di case management ha previsto, relativamente ai servizi e alle strutture coinvolte, la definizione di percorsi preferenziali di accesso e l’implementazione di una modulistica specifica. Relativamente alle associazioni di volontariato, è in atto una stretta collaborazione/integrazione mediante anche briefing settimanali con i referenti designati dalle stesse associazioni. Basilare nel presente modello organizzativo risulta il coinvolgimento da parte del CM dei medici di medicina generale attraverso contatti telematici che informano in tempo reale il medico dei risultati clinici ottenuti relativi alla fase di dimissione e dei percorsi di <i>follow-up</i> definiti. Le fasi logiche del Programma di Case Manager sono: 1. Definizione delle condizioni di eleggibilità: paziente con patologia oncologica. 2. Accoglienza e valutazione del caso: in questa fase il Case Manager partecipa attivamente con il Gruppo interdisciplinare di cura ad una completa e analitica valutazione dei dati anagrafici del paziente, dell’anamnesi, del suo stato clinico e psicologico, delle sue condizioni economiche e dell’ambiente in cui vive, attraverso l’implementazione di un database finalizzato a contenere i report di valutazione delle aree di analisi convenzionalmente denominate accoglienza, orientamento, trasparenza e comunicazione. È in questa fase che il Case Manager prende in carico il paziente, divenendo per lui guida e sostegno rispetto a tutto il processo assistenziale. 3. Sviluppo del piano assistenziale: ∞ informare i pazienti e i loro familiari circa il percorso che li attende in ospedale e i relativi esiti, cercando nel contempo di migliorare la comunicazione al fine di ridurre l’ansia, le paure e le incertezze che tali tipi di patologia evocano; ∞ coordinare le cure/prestazioni per ogni paziente in merito ai suoi bisogni specifici e nel rispetto dei percorsi clinico-assistenziali definiti dal Gruppo interdisciplinare di cura. 4. Valutazione: monitoraggio dello stato del paziente e dei suoi bisogni e valutazione, unitamente al Gruppo interdisciplinare di cura, dei risultati ottenuti. 5. Verifica continua dell’effettiva aderenza al piano delle azioni intraprese dai vari soggetti responsabili delle erogazioni delle prestazioni.

Denominazione	Azienda sanitaria locale Usl - Roma C
Tipo di responsabilità	Dipartimento Assistenza Alla Persona (DAP), con configurazione a strutturata e trasversale a tutti i servizi dell'Azienda.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Nel rispetto degli obiettivi dei singoli altri dipartimenti dell'azienda, si occupa della programmazione delle linee di attività con funzioni di programmazione, direzione, gestione e controllo delle risorse professionali, tecniche e sociali necessarie allo svolgimento efficace ed efficiente di processi di assistenza infermieristica ed ostetrica, riabilitativa, tecnico sanitaria e sociale. Organizza e gestisce alcune linee assistenziali in completa autonomia quali ambulatori infermieristici, dietologici e multidisciplinari. Progetta e realizza interventi organizzativo-operativi, istituendo e/o collaborando all'istituzione di percorsi assistenziali per la presa in carico dei pazienti con diverse gradualità di problemi di salute. I percorsi di assistenza territoriale ed ospedaliera, realizzati in autonomia completa dal DAP, sono destinati soprattutto ad assolvere alle problematiche degli anziani fragili, dei pazienti portatori di handicap e/o di patologie croniche. Progettualità particolari sono dedicate alla sorveglianza sanitaria presso campi nomadi presenti nel territorio aziendale ed ai bambini portatori di patologie croniche gravi, che hanno bisogno di assistenza qualificata e quotidiana, presso il proprio plesso scolastico. Il DAP sta lavorando a tre importanti progetti per la realizzazione nel 2009 di attività assistenziali che vedranno coinvolti gli infermieri quali principali attori del cambiamento dell'offerta dei servizi sanitario-sociali. Si punterà alla centralità del paziente ed alla sua presa in carico organizzando sperimentalmente una sezione ospedaliera per "intensità di cure", si sperimenterà il ruolo di infermiere "Case Manager" e verranno istituiti ambulatori multidisciplinari dove opereranno molteplici figure dell'area del Comparto Sanitario. Stiamo continuando ad ampliare l'offerta dei servizi degli ambulatori infermieristici. Il DAP ha budget autonomo, gestisce il fondo dello straordinario con modalità più coerenti con le reali esigenze dei servizi. I Coordinatori sono responsabili dei costi ed hanno discusso, contrattato e sottoscritto l'impegno di budget già per l'anno 2008. Tutte le posizioni organizzative sono state attivate e costituiscono una rete rappresentativa delle professioni del comparto sanitario in tutta l'azienda. È stata istituita ed è in piena attività una commissione per il <i>risk management</i> che lavora in autonomia e si relaziona con il <i>risk manager</i>, per quanto riguarda i progetti comuni. È stata istituita una commissione per il T.U. 81/2008, che si occupa del controllo delle situazioni relative alla sicurezza dei lavoratori e del paziente, precipuamente per il DAP. Ambedue queste commissioni sono composte da operatori dell'area del DAP ed hanno tavoli di confronto e lavoro comune con le Posizioni Organizzative e con l'Ufficio di Direzione del Dipartimento. Sono in revisione tutti i protocolli e le procedure presenti in azienda.

Denominazione	Azienda sanitaria ospedaliera Oirm - S. Anna Torino
Tipo di responsabilità	Coordinamento infermieristico sviluppo organizzativo e professionale area assistenziale emergenza-urgenza pediatrica.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Posizione a responsabilità trasversale interdipartimentale, anche se operativa prevalentemente sul dipartimento funzionale DEA, e afferente al servizio assistenza e professioni tecnico sanitarie aziendale. La sperimentazione è stata avviata da alcuni mesi e lavora in integrazione funzionale ai ruoli di coordinamento gestionale tradizionali; partecipa inoltre al gruppo aziendale interprofessionale sulla gestione dell'emergenza. L'attività si sviluppa prevalentemente nella promozione e coordinamento operativo di modelli organizzativi e professionali innovativi nell'ambito dell'infermieristica di area emergenza-urgenza con interventi sulla formazione continua, sull'addestramento, sulla costruzione di procedure e protocolli o percorsi in gruppi interdisciplinari.

Denominazione	Azienda Provinciale Servizi Sanitari Trento
Tipo di responsabilità	L'infermiere coordinatore di percorso, con funzione di facilitatore organizzativo nella dimissione pianificata e protetta, a garanzia della continuità ospedale-territorio.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Molteplici documenti di carattere nazionale, provinciale nonché aziendale orientano le azioni dell'organizzazione verso la facilitazione e l'integrazione dei percorsi di cura. Alcuni di questi affrontano in modo specifico la problematica della continuità ospedale-territorio, come il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ed il documento del Ministero della Sanità/Consiglio superiore di Sanità sull'individuazione della figura dell'<i>hospitalist</i>, il medico che, su modello anglosassone, dovrebbe coordinare il percorso di dimissione per i pazienti fragili garantendo il raccordo tra medici ospedalieri e medici territoriali. La scelta operata nell'APSS di Trento è stata quella di affidare questa funzione a coloro che da sempre, per formazione e vicinanza al paziente, si occupano di "dimissioni protette": il personale infermieristico. All'interno di questo nuovo modello organizzativo teso a migliorare la continuità della presa in carico fra ospedale e territorio, l'infermiere "coordinatore di percorso", ha la funzione di facilitatore organizzativo nella dimissione pianificata e protetta. Si viene così a valorizzare la competenza esperta nella individuazione della dimissione difficile e nella sua pianificazione, la promozione del lavoro integrato multidisciplinare e fra diverse unità organizzative, il coinvolgimento del paziente e del caregiver nella pianificazione della dimissione. In relazione al sopracitato modello organizzativo, sono stati identificati fra gli infermieri esperti con caratteristiche attitudinali adeguate, gli infermieri che avrebbero svolto il ruolo di coordinatore di percorso. I coordinatori di percorso hanno le seguenti caratteristiche: esperienza triennale presso l'UO di appartenenza o UO analoghe; disponibilità ad orario flessibile in relazione ai bisogni e necessità dei pazienti e familiari; conoscenza dei contesti assistenziali ospedalieri, residenziali e territoriali. Funzioni prioritarie in ambito ospedaliero: ∞ valutazione accurata, a valenza multidimensionale, e classificazione del bisogno di continuità assistenziale secondo modalità e strumenti individuati; ∞ elaborazione del piano di dimissione integrato e condiviso; ∞ coinvolgimento di paziente e familiari offrendo l'informazione sui percorsi attivabili, sui servizi offerti, sui criteri di accesso ai servizi e su quanto previsto dalla carta dei servizi; ∞ attivazione delle risorse per pianificare in modo tempestivo ed appropriato la dimissione; ∞ integrazione con il servizio territoriale, attraverso il coordinatore di percorso territoriale; ∞ supervisione della dimissione pianificata affinché si compia con i tempi e le modalità concordate. Funzioni prioritarie in ambito territoriale: ∞ integrazione con il coordinatore di percorso ospedaliero per la gestione delle dimissioni protette; ∞ partecipazione al percorso di Unità valutativa multidimensionale, presidiandone le fasi organizzative del processo valutativo/assistenziale; ∞ coinvolgimento di paziente e familiari, offrendo loro informazioni sui percorsi attivabili, sui servizi offerti, sui criteri di accesso ai servizi e su quanto previsto dalla carta dei servizi; ∞ definizione, insieme al medico di medicina generale ed eventualmente al medico di distretto, del contratto assistenziale/alleanza terapeutica con paziente e familiari; ∞ preparazione delle condizioni organizzative per il progetto domiciliare.

Denominazione	Provincia Autonoma di Trento - Assessorato alle Politiche per la Salute
Tipo di responsabilità	Consulenza presso l'Assessorato sulle tematiche generali della salute e dell'assistenza, nonché sulle tematiche specifiche relative al personale sanitario.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Attualmente, questo incarico è stato realizzato con un'infermiera dirigente in posizione di Comando dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari con un accordo di reciprocità tra il dirigente del Dipartimento Politiche Sanitarie e la dirigente infermieristica a cui è stata attribuita una Posizione Organizzativa. Gli aspetti da approfondire riguardano: ∞ la necessità di strutturare questo ruolo in maniera stabile affinché le funzioni svolte siano coerenti con il sistema strutturale, organizzativo ed operativo del Dipartimento; ∞ Il superamento della logica dell'occasionalità e facoltatività spesso collegata al ruolo dei consulenti verso incarichi definiti con specifici ambiti di competenza e di responsabilità (vincolante); ∞ l'inquadramento contrattuale come dirigenza di struttura complessa; ∞ la revisione della Pianta Organica e della dotazione organica della PAT (con modifica della LP Finanziaria) per inserimento strutturato del ruolo infermieristico.

Denominazione	Provincia Autonoma di Trento Dipartimento Protezione Civile e tutela del territorio
Tipo di responsabilità	Incarico di Responsabile operativo della progettazione del Servizio Unitario e integrato 115 – 118 di ricezione e di valutazione delle chiamate di soccorso e di emergenza.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	L'incarico di Responsabile è stato attribuito nominalmente, come da disposizione di delibera di Giunta Provinciale, dal dirigente del Dipartimento di Protezione Civile, il quale individua nominalmente un'infermiera dirigente motivando la scelta per le competenze in termini di conoscenze, esperienze ed abilità, di cui è in possesso l'infermiera incaricata (si veda il curriculum formativo ed esperienziale con le valutazioni professionali di merito certificate dai direttori generali APSS e Assessorato - Dipartimento politiche Sanitarie). Gli aspetti che sarebbe opportuno approfondire sono inerenti: ∞ la necessità di riconoscere un ruolo dirigenziale nella struttura del Dipartimento Provinciale; ∞ la certificazione delle competenze con riconoscimento del valore dell'esperienza acquisita con gli incarichi svolti; ∞ il riconoscimento del valore e significato della valutazione del personale quale strumento e modalità per lo sviluppo di carriera; ∞ l'inquadramento contrattuale come dirigenza di struttura complessa nell'organico della PAT. La revisione della Pianta Organica e della dotazione organica della PAT (con modifica della LP Finanziaria) per inserimento strutturato del ruolo infermieristico anche in ambiti diversi ma collegati all'ambito sanitario.

Denominazione	Azienda sanitaria locale Ulss 9 - Treviso
Tipo di responsabilità	Consulenza e supporto metodologico ai professionisti (professioni sanitarie e mediche) nell'elaborazione di strumenti operativi (percorsi assistenziali, protocolli, procedure).
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	La normativa nazionale richiede a tutte le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, l'erogazione di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie supportate dalla presenza di prove scientifiche di significativo beneficio in termini di salute. Tali indicazioni, sottolineate anche nel codice deontologico e dalla normativa specifica e unite all'essenza stessa di una professione di aiuto, hanno portato gli infermieri a sviluppare un forte senso critico sulle modalità di esecuzione e sull'efficacia degli interventi erogati quotidianamente. Il Servizio per le Professioni Sanitarie dell'Ulss 9 di Treviso, rispondendo ad una delle raccomandazioni date in occasione dell'Accreditamento di Eccellenza secondo il modello del Canadian Council of Health Service Accreditation (CCHSA), ha attivato un percorso per la costituzione di un gruppo di operatori (infermieri, ostetriche, fisioterapisti, dietiste e tecnici di laboratorio) che, dopo aver seguito una specifica formazione sulla metodologia dell'Evidence Based Practice, ha iniziato ad affiancare gruppi di lavoro multiprofessionali (professioni sanitarie e mediche) fornendo la propria consulenza all'elaborazione di percorsi assistenziali, protocolli e procedure, supportando i professionisti nell'analisi della letteratura, nella valutazione critica della stessa e nella stesura degli strumenti operativi. La presenza di questo gruppo di esperti delle professioni sanitarie si sta dimostrando quanto mai importante e necessaria sia per il supporto metodologico che fornisce nella costruzione di strumenti che permettono di implementare le raccomandazioni derivanti dall'evidenza scientifica, sia per il conseguente miglioramento della qualità dell'assistenza erogata.

	Azienda sanitaria locale Ass - n. 1 Triestina
Tipo di responsabilità	Attribuzione delle responsabilità della Struttura semplice dipartimentale "Servizio Infermieristico di Distretto" collocata presso lo Staff della Direzione del Distretto.
Sintetica descrizione che evidenzia gli aspetti da approfondire	Nel luglio 2007, in seguito all'approvazione della legge regionale (L.R. 10/07) che sancisce il superamento del vincolo numerico del 5%, è stato approvato l'atto aziendale che formalizza l'istituzione delle strutture semplici distrettuali "Servizio infermieristico distrettuale". Successivamente è stato attribuito l'incarico di dirigente ai sensi dell'art. 15 septies del D.lgs. 502/92, con le seguenti responsabilità: ∞ gestire, organizzare e coordinare il personale sanitario del comparto (infermieristico e tecnico dell'assistenza) afferente al distretto; ∞ organizzare e realizzare iniziative di formazione permanente a favore del personale stesso; ∞ collaborare all'attuazione di programmi e progetti di particolare valenza strategica sia dipartimentale sia aziendale; ∞ collaborare con il Direttore del distretto nel garantire l'accesso della popolazione alle strutture ed ai servizi, nonché l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale; ∞ valutare i carichi di lavoro e il fabbisogno di personale e di formazione; ∞ rispondere all'impiego delle risorse sanitarie professionali, tecniche e materiali necessarie alle attività assistenziali; ∞ rispondere dei risultati dell'assistenza infermieristica, della logistica e della qualità dell'habitat; ∞ rispondere al coordinamento organizzativo delle attività, anche ripartendo il personale di assistenza e la strumentazione in rapporto alle necessità dei servizi e del cittadino; ∞ assicurare il coordinamento dei Responsabili Infermieristici delle varie strutture in merito agli obiettivi assegnati; ∞ effettuare il monitoraggio delle attività distrettuali di cui rende report periodici; ∞ partecipare alla definizione degli obiettivi e del piano annuale, nonché al processo di budgeting di struttura operativa e delle strutture distrettuali; ∞ attivare le procedure di competenza per la sicurezza e per la prevenzione degli infortuni, nel rispetto del D.lgs. 626/94; ∞ indirizzare ed organizzare, con il Direttore del distretto, la formazione professionale del personale ed i controlli di qualità comuni alla struttura operativa; ∞ relazionarsi con i medici di medicina generale ed i medici specialisti al fine di migliorare o sperimentare modelli organizzativi, nuove pratiche assistenziali e presidi innovativi al fine di migliorare la qualità delle cure e dell'assistenza. Inoltre, il dirigente infermieristico si relaziona funzionalmente con la struttura complessa "Servizio Infermieristico Aziendale" per: ∞ realizzare un nursing in rete con aree e settori di attività delle comunità locali; ∞ sviluppare una cultura delle "buone pratiche" ed un nursing abilitante capace di promuovere salute, gestire la cronicità e contrastare l'istituzionalizzazione delle persone e le pratiche di contenzione. L'organizzazione infermieristica distrettuale è organizzata a matrice e, oltre al Dirigente Infermieristico, è presente una posizione organizzativa "responsabile infermieristico" all'interno della struttura complessa "Tutela salute adulti ed anziani"; vi sono sei coordinatori infermieristici delle diverse strutture semplici distrettuali ed una responsabile fisioterapista della struttura semplice dipartimentale riabilitazione. Complessivamente, la dotazione organica distrettuale di comparto è di: 57 infermieri; 4 assistenti sanitari; 4 ostetriche; 1 infermiere generico; 12 fisioterapisti; 1 dietista; 4 logopedisti; 3 assistenti sociali; 10 operatori socio-sanitari.