



CONVEGNO INTER REGIONALE

TRA CORSI E RICORSI REGIONALI, I MIGLIORI PERCORSI DI GOVERNANCE DISTRETTUALI

VENERDÌ 5 DICEMBRE 2014 ORE 09.00 – 18.30
TREVISO

Sala Auditorium della Provincia di Treviso – Pad. 3
Via Cal di Breda 116, Treviso

Il contributo delle diverse professioni all'organizzazione e alla gestione distrettuale dei bisogni di salute del cittadino nelle reti territoriali

IL CONTRIBUTO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Luigino Schiavon, Marta Pordenon

Decreto Ministeriale 739 del 14 settembre 1994



Articolo 1

L'Infermiere è
l'operatore
sanitario ...

responsabile
dell'assistenza
a generale
infermieristica

Buon Compleanno

2.3.2 L' integrazione Ospedale-Territorio

Una gestione integrata del paziente richiede l'implementazione di modelli organizzativi sia a livello gestionale che professionale, atti cioè a garantire la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed uniforme delle risorse.

Le esperienze sviluppate nel Veneto in tema di continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione Ospedale-Territorio portano ad individuare alcune strategie complessive.

- Il consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati da protocolli per la presa in carico coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e "figure di riferimento" (*case manager*).
- La diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), intesi come la contestualizzazione di linee guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa, tenute presenti le risorse ivi disponibili. Si tratta di strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Territorio, sia nelle strutture ospedaliere), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura. La concreta attuazione dei PDTA richiede la definizione di indicatori clinici ed organizzativi, di volumi di attività e di tetti di spesa previsti.
- Il potenziamento degli strumenti di scambio informativo, nella fattispecie dei sistemi informativi integrati, a supporto dell'integrazione professionale, evitando la frammentazione degli interventi, garantendo la continuità del processo assistenziale e, dunque, migliorando l'assistenza erogata.
- Il consolidamento della prassi aziendale di definire obiettivi trasversali per il *budget* dell'Ospedale e per il *budget* del Territorio.

Il consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati da protocolli per la presa in carico coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e "figure di riferimento" (*case manager*).

privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura

3.1 ASSISTENZA TERRITORIALE

Rientrano nel livello di assistenza territoriale:

- assistenza medica primaria (medicina/pediatria di famiglia, continuità assistenziale);
- assistenza farmaceutica;
- assistenza specialistica territoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza infermieristica;
- assistenza sociale;
- assistenza consultoriale per la tutela dell'infanzia e della famiglia;
- assistenza neuropsichiatrica e psicologica infantile ed adolescenziale;
- cure domiciliari;
- cure palliative;
- assistenza residenziale, semiresidenziale ed intermedia per adulti-anziani non autosufficienti;
- assistenza residenziale e semiresidenziale in area disabilità, dipendenze, salute mentale ed età evolutiva;
- riabilitazione;
- assistenza scolastica e inserimento lavorativo dei disabili;
- assistenza alle dipendenze patologiche;
- assistenza psichiatrica;
- assistenza penitenziaria.

**assistenza
infermieristica**

**cure
domiciliari**

3.1 ASSISTENZA TERRITORIALE

I criteri cardine sui quali si fonda l'organizzazione distrettuale sono:

- l'adozione di un metodo di lavoro interdisciplinare, attraverso l'integrazione delle competenze dei vari servizi aziendali, garantendo la compresenza dei tre ambiti di intervento ossia sanitario, socio-sanitario integrato e socio-assistenziale;
- la flessibilità nell'organizzazione delle risposte assistenziali, attuando il concetto di "filiera della presa in carico di area" nella prospettiva dello sviluppo e dell'integrazione del Progetto Assistenziale Individualizzato a garanzia dei soggetti fragili;
- la valorizzazione dei medici e pediatri di famiglia quali riferimenti diretti per le persone e le famiglie, con funzioni specifiche di educazione e promozione della salute, di valutazione dei bisogni, di regolamentazione e razionalizzazione dell'accesso al SSN, ed a cui spetta un ruolo centrale nel governo dei bisogni assistenziali;
- la piena integrazione dello specialista ambulatoriale interno nei PDTA con il coinvolgimento attivo nell'erogazione appropriata dei livelli di assistenza;
- la valorizzazione del ruolo dell'infermiere nel prendersi cura autonomamente del processo di *nursing* nell'ambito del percorso assistenziale, svolgendo la funzione di *case manager* della persona in stato di cronicità, attivando le risorse assistenziali e comunque coordinandosi con il medico/pediatra di famiglia;
- la valorizzazione del ruolo di tutte le professioni sanitarie e sociali che operano nella rete dei servizi territoriali, quali portatrici di competenze specifiche per una corretta lettura e presa in carico del bisogno nella sua globalità

la valorizzazione del ruolo dell'infermiere nel prendersi cura autonomamente del processo di *nursing* nell'ambito del percorso assistenziale, svolgendo la funzione di *case manager* della persona in stato di cronicità, attivando le risorse assistenziali e comunque coordinandosi con il medico/pediatra di famiglia;

Rappresentano **obiettivi di salute prioritari**

nell' arco di vigenza del presente PSSR:

c) nell' area **dell'assistenza al paziente cronico**:

- l' implementazione e la diffusione dei PDTA condivisi e di riconosciuta efficacia con riferimento particolare al paziente diabetico, al paziente oncologico, al paziente con scompenso cardiaco e BPCO;
- l' assunzione di responsabilità e l' educazione terapeutica del paziente cronico e della sua famiglia al fine di migliorare i processi di autocura e di gestione attiva della malattia;
- l' individuazione precoce delle malattie respiratorie (in particolare BPCO e asma), anche attraverso l' utilizzo di test di funzionalità respiratorie, nonché lo sviluppo dell' autogestione della malattia respiratoria;
- il consolidamento delle cure palliative, anche con strutturazione dell' attività ambulatoriale ad integrazione e supporto delle cure domiciliari e dell' ospedalizzazione;
- l' individuazione del corretto *setting* assistenziale e dell' appropriato approccio terapeutico nella gestione dei pazienti affetti da patologie reumatiche, anche alla luce dell' introduzione dei nuovi farmaci ad alto costo in grado di modificarne il decorso;
- lo sviluppo dei *team* della medicina e pediatria di famiglia, sviluppando il ruolo dell' infermiere e del personale di studio, e con gli specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri ed altri operatori del sistema;

lo sviluppo dei
team della
medicina e
pediatria di
famiglia,
sviluppando il
ruolo
dell' infermiere

3.1.2 Modelli organizzativi dell'assistenza territoriale

L'area della cronicità, in progressiva crescita, è senza dubbio il tema meritevole di maggiori attenzioni sia in considerazione degli impatti sulla qualità e sulla continuità dell'assistenza erogata, sia in quanto assorbe più della metà del fabbisogno di servizi e di risorse. Si avverte, perciò, l'esigenza di definire nuovi modelli assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare ed interdisciplinare, in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure e ricorrendo a misure assistenziali ed organizzative di chiara evidenza scientifica ed efficacia.

Per la gestione di questa priorità il sistema veneto si orienta verso un modello di assistenza integrato, le cui dimensioni strategiche sono:

1. l'organizzazione in *team* multiprofessionali composti da vari professionisti sanitari e sociali, strutturata su una chiara divisione del lavoro, fondata sulla pianificazione delle attività e del *follow up*, garantendo l'integrazione attraverso l'implementazione di appositi PDTA;
2. l'individuazione di un *case manager* all'interno del *team* multiprofessionale che prenda in carico l'assistito e proattivamente lo segua, ne verifichi i progressi, coordini gli interventi fra i vari attori, funga da interfaccia con il medico di famiglia e gli specialisti;
3. il supporto all'autocura attraverso cui il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali, coinvolgendo e responsabilizzando il cittadino nelle decisioni che attengono alla propria salute;
4. il supporto sistematico ai professionisti nelle decisioni assistenziali anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi in grado di seguire il cittadino nel suo percorso assistenziale e nel contatto con tutti i servizi socio-sanitari del Distretto;
5. l'adozione di linee guida basate sull'evidenza ed il potenziamento della formazione continua che rappresentano per il *team* gli strumenti necessari per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
6. il coinvolgimento attivo delle risorse della comunità, stabilendo solidi collegamenti fra organizzazioni sanitarie e comunità locali attraverso programmi di partecipazione (es. la messa a disposizione di strutture, ecc.);
7. la sperimentazione di modelli di intervento e di presa in carico multi professionali che avvalorino l'efficacia dell'approccio integrato biopsicosociale alla persona.

l'individuazione di un case manager all'interno del team multiprofessionale che prenda in carico l'assistito e proattivamente lo segua, ne verifichi i progressi, coordini gli interventi fra i vari attori, funga da interfaccia il supporto all'autocura

l'adozione di linee guida basate sull'evidenza ed il potenziamento della formazione continua

dell'approccio integrato biopsicosociale

3.1.2 Modelli organizzativi dell'assistenza territoriale

Nella gestione integrata della cronicità il medico/pediatra di famiglia rappresenta il principale referente e corresponsabile della presa in carico, in grado di svolgere la funzione di accompagnamento dei pazienti, con l'obiettivo di conseguire la migliore adesione ai percorsi assistenziali, nel pieno coinvolgimento dei pazienti stessi. Questo approccio presuppone una medicina di famiglia organizzata e coadiuvata da personale infermieristico, di supporto ed amministrativo, una collaborazione funzionale con gli specialisti

medico/pediatra di
famiglia rappresenta il
principale referente e
corresponsabile della
presa in carico

medicina di
famiglia
organizzata e
coadiuvata da
personale
infermieristico

Le caratteristiche peculiari delle Medicine di Gruppo Integrate sono:

- di essere organizzazioni fondate su un *team* multiprofessionale e multidisciplinare, strutturate sulla definizione dei problemi a cui il *team* stesso deve garantire una risposta. L' integrazione professionale comprende medici di famiglia, avviando forme assistenziali con personale medico dipendente, o con strutture private accreditate, operanti in una sede di riferimento, specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri, medici di continuità assistenziale, infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, psicologi;
- di rappresentare nodi della rete territoriale, centrati sulla persona, orientati sulla famiglia, inseriti nella Comunità;
- di gestire la presa in carico dei bisogni socio-sanitari di una definita Comunità;
- di garantire la continuità dell' assistenza nelle sue diverse accezioni (gestionale, informativa, relazionale), assicurando una risposta certa all' assistito nell' arco delle 24 ore, anche attraverso forme di raccordo tra Ospedale-Territorio e con gli altri nodi della rete territoriale;
- di realizzare programmi di prevenzione, erogare prestazioni per il paziente acuto e gestire il paziente cronico, ampliando il ruolo del personale infermieristico nella gestione della cronicità e nelle iniziative promozionali sugli stili di vita;
- di implementare PDTA, basati sull' evidenza scientifica e definiti su protocolli condivisi con tutti gli attori coinvolti, sviluppando la collaborazione consulenziale dello specialista al medico di famiglia, anche tramite il teleconsulto;
- di garantire i LEA, attraverso obiettivi di salute misurabili con indicatori di *outcome* clinico ed organizzativo da definire attraverso i Patti aziendali, finalizzando al meglio le diverse professionalità e valorizzandone il ruolo;
- di essere impegnati nell' integrazione informativa/informatica sia a livello orizzontale (tra i componenti del *team*) sia a livello verticale (con l' Azienda ULSS), implementando un sistema informativo integrato in cui i medici di famiglia alimentano ed utilizzano in modo professionale la cartella informatizzata, supportati da collegamenti con il sistema informativo aziendale nell' accesso alla documentazione sanitaria;

avviando forme
assistenziali con
personale medico
dipendente

realizzare programmi di
prevenzione, erogare
prestazioni per il paziente
acuto e gestire il paziente
cronico, ampliando il ruolo
del personale
infermieristico nella
gestione della cronicità e
nelle iniziative promozionali
sugli stili di vita;

Cure domiciliari

Posto come obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante il favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio, diventa strategico lo sviluppo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale.

Nello specifico vengono individuate le seguenti linee di indirizzo:

- lo sviluppo pianificato, in maniera omogenea a livello regionale, di modelli che garantiscano la continuità dell'assistenza, consolidando le esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, valorizzando il ruolo del case manager (infermieristico) quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo, responsabilizzando e coinvolgendo la famiglia nell'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato;
- l'implementazione graduale di modelli organizzativi in grado di garantire assistenza nelle 24 ore, 7 giorni su 7, anche attraverso lo sviluppo di centrali operative come punti di ricezione delle istanze, di coordinamento delle risposte e di gestione dei trasferimenti dall'Ospedale alle strutture territoriali (ammissioni e dimissioni protette), nonché di costante collegamento con i medici di famiglia. In particolare l'assistenza infermieristica distrettuale, rientrando tra i livelli di assistenza che devono essere salvaguardati, dovrà essere assicurata nelle 24 ore, 7 giorni su 7;

valorizzando il ruolo del
case manager
(infermieristico) quale
figura di collegamento e
facilitatore organizzativo

sviluppo di **centrali**
operative come punti di
ricezione delle istanze

l'assistenza infermieristica
distrettuale, rientrando tra i
livelli di assistenza che
devono essere
salvaguardati, dovrà essere
assicurata nelle 24 ore, 7
giorni su 7;



Presidenza del Consiglio dei Ministri

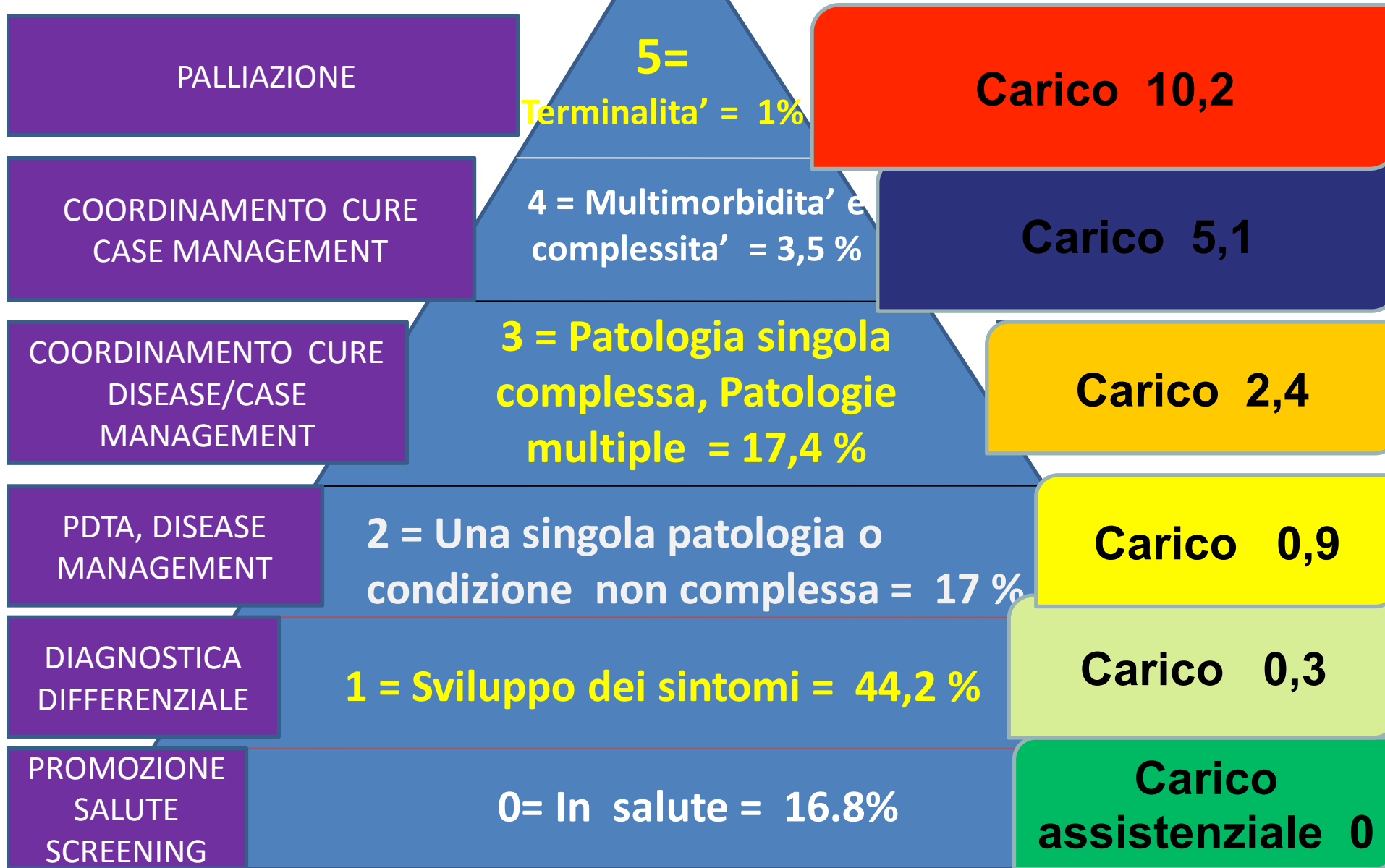
CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

PREMESSE ISTITUZIONALI

La sottoscrizione del nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 si inserisce, com'è ben noto, in un contesto generale economico, politico e sociale caratterizzato da un'estrema complessità e, nel settore sanitario, nell'ambito dell'attuale assetto di riparto di competenze tra Stato e Regioni.

15. Per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di *governance* responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo.

La piramide del rischio: il case-mix della popolazione

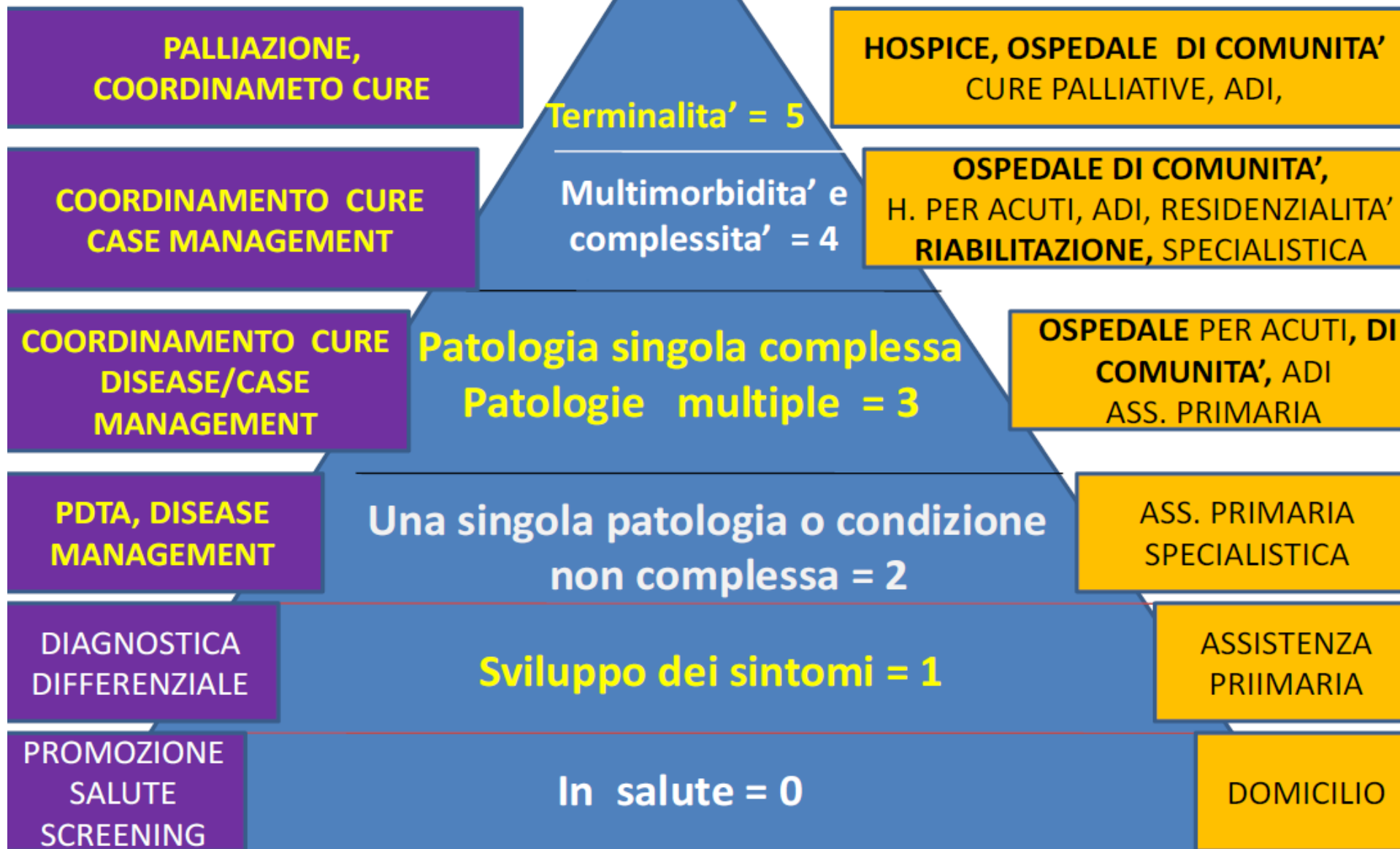


STRUMENTI DI MANAGEMENT

CARICO ASSISTENZIALE= COSTO

La piramide del rischio

nella popolazione



STRUMENTI DI GESTIONE DELLA SALUTE

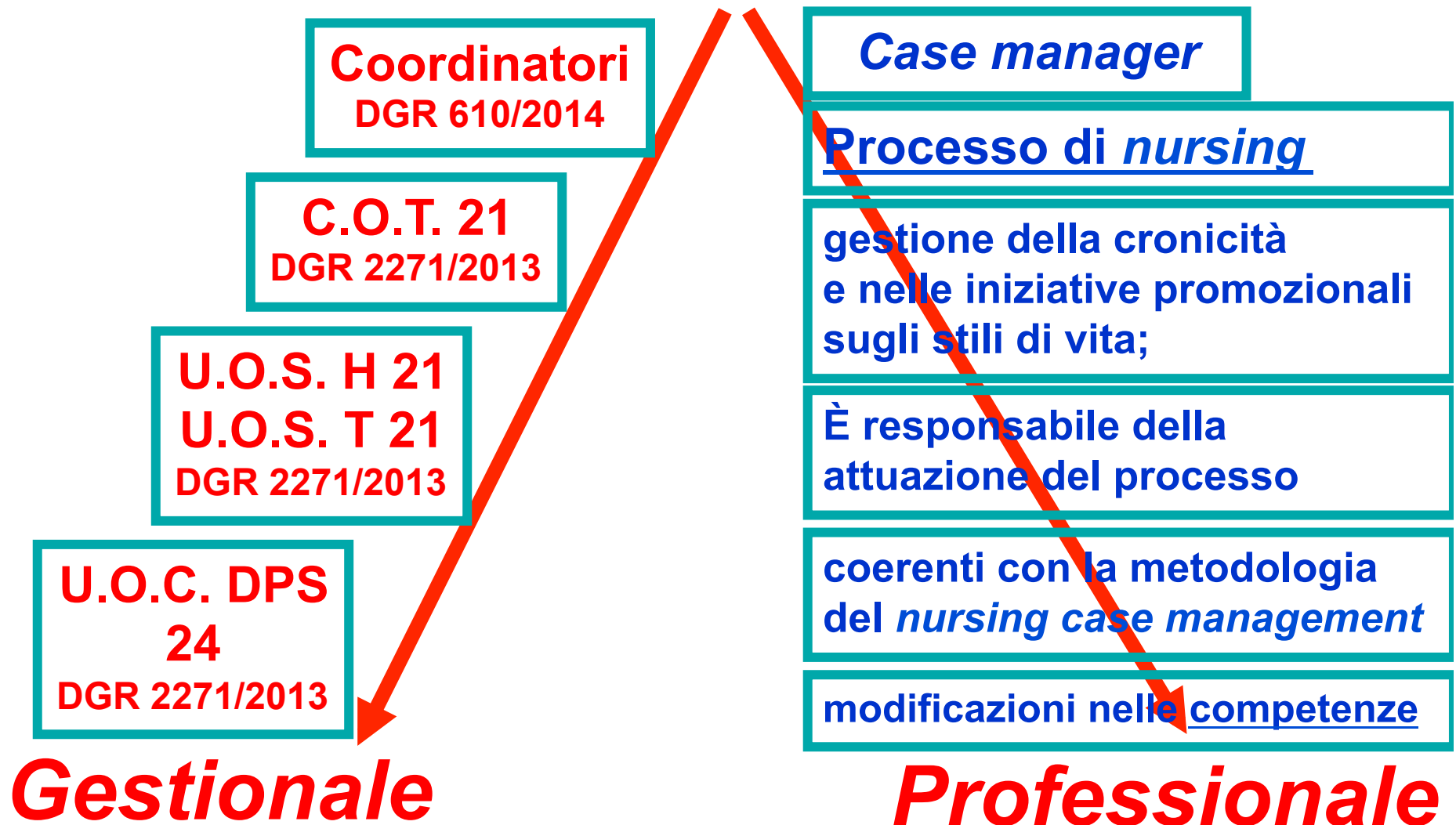
LUOGO E TIPO DI CURA

**Il “sistema” si mobilita
davvero solo quando il
paziente cronico si
aggrava, si
scompensa, diventa
“finalmente” un
paziente acuto.**

Criticità nei servizi

- ◆ Quotidianità devastante
- ◆ rapporti tra professioni diverse
- ◆ modelli organizzativi diversi
- ◆ ruoli, compiti ed obiettivi non sempre ben definiti
- ◆ rapporti tra enti diversi con finalità diverse

Lo sviluppo della Professione nella programmazione regionale



OSPEDALE DI COMUNITÀ

<i>Definizione</i>	<u>È una struttura atta a garantire le cure intermedie” cioè alle cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico e che trattano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo (indicativamente 4-6 settimane)”</u>
<i>Esiti attesi</i>	<u>L’esito funzionale è il determinante principale delle necessità assistenziali e della traiettoria o del percorso assistenziale del paziente. Rispetto all’ospedale, prevale l’attenzione e la ricerca della riduzione delle conseguenze funzionali (disabilità) della malattia rispetto alla dimensione diagnostica e/o procedurale terapeutica (rappresentata tipicamente dal DRG).</u>
<i>Classificazione</i>	Ex Progetto Mattone 1: classificazione 8.5 Struttura di residenzialità’ extra-ospedaliera a carattere temporaneo per l’erogazione di prestazioni prevalentemente di tipo sanitario con compartecipazione alla spesa solo dopo una data soglia.
<i>Risposta a quali bisogni</i>	Risposta polifunzionale a carattere temporaneo (massimo 6 settimane) con possibilità di offerta principalmente di tre tipi: di recupero funzionale, di stabilizzazione/adattamento alla disabilità, di palliazione.
<i>Posti letto / abitante</i>	All’interno del 1,2/1000 di letti di cure intermedie. 0,4/1000 letteratura anglo-sassone.
<i>Posti letto</i>	Indicativamente non meno di 24-25 posti letto, per un miglior uso costo-efficiente delle risorse umane.

<p><i>Organizzazione del personale del comparto</i></p>	<p>Preferibile una <u>organizzazione infermieristica non solo per compiti ma anche per gestione del caso con almeno 1 infermiere care manager che:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>coordina il percorso del paziente durante l'accoglimento e verso la destinazione definitiva;</u> 2. <u>è responsabile dell'attuazione del progetto di recupero/mobilizzazione e deospedalizzazione del paziente con la collaborazione del personale OSS.</u> <p>Sono garantite le attività di mobilizzazione 7 giorni su 7 e anche nel pomeriggio. È presente 1 fisioterapista o terapeuta occupazionale part-time ogni 24 posti letto che collabora con il personale medico ed infermieristico nella stesura del progetto assistenziale e nel lavoro di mobilizzazione/recupero funzionale del paziente da mobilizzare sia al mattino che al pomeriggio. In collaborazione con il fisiatra, il FKT è inoltre responsabile della appropriatezza e dell'adattamento di protesi ed ausili al paziente oltre che della loro consegna al domicilio prima della dimissione. (Sono possibili accordi con il privato accreditato per la figura del FKT).</p>
<p><i>Personale medico</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • In caso di ODC da riconversione ospedaliera va organizzata l'assistenza medica con medici e personale proveniente dall'area geriatrica o internistica riconvertita. • In caso di ODC gestito dalla medicina di famiglia, è compito della Medicina convenzionata garantire la presenza del medico di medicina generale (nelle diverse forme associative) nella struttura per favorire il riavvicinamento del proprio paziente o pazienti a quel territorio. • Come ipotesi alternativa o a supporto delle precedenti, è possibile che l'assistenza medica sia affidata a medici con specifiche capacità professionali della struttura o del Centro Servizi prevedendo un riadeguamento della tariffa giornaliera.

<i>Durata del ricovero</i>	Non superiore ai 30 giorni, tranne casi particolari che devono essere rivalutati in sede di UVMD alla luce della traiettoria prognostica.
<i>Responsabilità clinica</i>	Del medico che è identificato come responsabile a seconda dell'organizzazione (geriatra, MMG o medico della struttura). Il paziente in cure palliative è seguito preferibilmente dall'Equipe aziendale di Cure Palliative.
<i>Responsabilità Gestionale</i>	Il collegamento funzionale tra le strutture sanitarie, socio-sanitarie e di residenzialità è effettuato attraverso <u>la centrale operativa Unica</u> che si articola nei Distretti. La responsabilità igienico/sanitaria è così suddivisa: <ul style="list-style-type: none"> • Programmazione e periodiche verifiche: Direttore U.O. Cure Primarie • Applicazione misure igienico/organizzative: Responsabile clinico della struttura
<i>Raccolta dati</i>	Il tracciato record sarà composto da dati anagrafici, di patologia, di valutazione funzionale all'ingresso e alla dimissione, di processo, di esito e di follow-up.
<i>Autorizzazione e accreditamento</i>	Il percorso di autorizzazione/accreditamento dovrà essere caratterizzato dalle consuete tappe di richiesta, visita di verifica, valutazione, decreto e verrà codificato in provvedimenti ad hoc.

<i>Presenza Notturna e festiva</i>	Presenza infermieristica garantita H24.
<i>Standard personale di assistenza</i>	<p>Viene dato in minuti assistenziali e implica un carico assistenziale sicuramente pari o superiore al carico assistenziale di ospiti non autosufficienti con profili SVAMA generalmente uguali o superiori al profilo 11, cui va aggiunta una quota di assistenza legata al maggior carico sanitario di un paziente post-acuto rispetto ad un ospite non autosufficiente (Rapporto Synergia).</p> <p>Va garantita una media di 1850 minuti settimanali di assistenza comprensivi dell'assistenza infermieristica e OSS per paziente. Per un nucleo di 24 persone vengono considerati <u>1 coordinatore infermieristico, 7,5 infermieri (5,5 turnisti per H24, 2 infermieri case manager diurni), 12 OSS (2 mattino, 2 pomeriggio, 1 la notte) più 1 FKT Part-time solo per i pazienti da mobilitare (circa il 50%). 1 accesso dell'assistente sociale secondo necessità.</u></p>

ODC.AU.1.12

Il personale in servizio include le seguenti figure professionali:

- Coordinatore infermieristico
- Personale infermieristico
- OSS
- Fisioterapista/terapista occupazionale

Per nucleo di 24 utenti dovranno essere previsti:

- 1 coordinatore infermieristico
- 7.5 infermieri di cui 5.5 turnisti e 2 infermieri care-manager diurni
- 12 OSS di cui nella giornata 2 al mattino, 2 pomeriggio e 1 di notte
- 1 FKT part-time

ODC.AU.1.13

E' garantita la presenza del personale infermieristico 24h su 24

ODC.AU.1.14

L'infermiere care-manager coordina il percorso del paziente durante l'accoglimento e verso la destinazione definitiva. E' responsabile dell'attuazione del progetto di recupero/mobilizzazione e deospedalizzazione del paziente con la collaborazione del personale OSS.

ODC.AU.1.15

Il fisioterapista collabora nella stesura del progetto assistenziale e nel lavoro di mobilizzazione/riattivazione del paziente sia al mattino che al pomeriggio. Collabora con il Fisiatra per l'appropriatezza e l'adattamento di protesi e ausili al paziente ed è responsabile della loro consegna al paziente prima della dimissione. Per tale figura è possibile anche un accordo con il privato accreditato.

ODC.AU.1.16

Le attività di mobilizzazione devono essere garantite 7 giorni su 7 anche di pomeriggio.

ODC.AU.1.17

Devono essere assicurati interventi programmati, attraverso appositi accordi/convenzioni, per:

- medico palliativista
- fisiatra

Competenze
e
responsabilità

Bozza di Accordo, ai sensi dell' art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell' infermiere e dell' infermiere pediatrico

Art. 1
(Oggetto)

1. Il presente Accordo, in relazione alle aree di intervento di cui all' articolo 2, definisce le modalità e i percorsi validi su tutto il territorio nazionale per riconoscere e promuovere lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità professionali dell' infermiere e dell' infermiere pediatrico al fine di favorire lo sviluppo delle funzioni professionali in correlazione con gli obiettivi di educazione, prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale.
2. Le esperienze avanzate, già in essere in alcune regioni o aziende, sono ricondotte alle modalità e ai percorsi definiti dal presente accordo.

Art. 2

(Aree di intervento)

1. Sono individuate le seguenti aree di intervento:

**a) AREA CURE PRIMARIE – SERVIZI
TERRITORIALI/DISTRETTUALI**

**b) AREA INTENSIVA E DELL'EMERGENZA
URGENZA**

c) AREA MEDICA

d) AREA CHIRURGICA

e) AREA NEONATOLOGICA E PEDIATRICA

f) AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

Art. 3

(Modalità e percorsi per lo sviluppo delle competenze professionali)

- 1.** Lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità, **basato sulla formazione, sulla ricerca e sull'esperienza professionale acquisita in ambito lavorativo**, ha come riferimento le norme deontologiche, le disposizioni normative e amministrative relative ai contenuti dei profili professionali e gli ordinamenti formativi universitari, nonché le scelte di programmazione nazionale e regionale, per migliorare la presa in carico della persona, la continuità assistenziale fra ospedale e territorio, il governo dei bisogni assistenziali, sanitari e socio sanitari delle persone, delle famiglie e della comunità assistita

Art. 3

2. Le regioni e le province autonome, previo confronto con le rappresentanze professionali e sindacali, definiscono, all'interno del processo di accreditamento professionale, i criteri per lo sviluppo delle competenze degli infermieri e la conseguente revisione dei modelli organizzativi, sia ospedalieri che territoriali, a iniziare dall'organizzazione dei presidi ospedalieri per intensità di cure e dai modelli per complessità assistenziale, in relazione alle esigenze regionali e professionali.

Art. 3

3. Con riferimento al comma 2, le regioni e le provincie autonome, sulla base di una specifica intesa con le **rappresentanze sindacali e professionali**, definiscono, in collaborazione con l' università, entro 180 giorni dall' approvazione del presente Accordo, i **percorsi attuativi e i criteri per riconoscere pregresse specifiche esperienze, nonché i percorsi formativi da effettuarsi in ambito regionale o aziendale, anche ai fini dell' attribuzione dei crediti formativi universitari (CFU).**

Art. 3

4. Le regioni e le province autonome inviano al Ministero della salute la documentazione relativa ai percorsi di cui al presente articolo.

Art. 4

(Formazione e sperimentazione)

1. Con decreto del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica, di concerto con il Ministero della salute, e d'intesa con le regioni e province autonome, sono emanati gli indirizzi **per dare corso alla formazione dell'infermiere specialista**, in attuazione dell'articolo 6, comma 1, lettera c), della legge 1° febbraio 2006, n. 43, nonché i criteri per il riconoscimento dei crediti formativi universitari (CFU) relativi ai percorsi pregressi effettuati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano. In relazione all'attuazione delle modalità e dei percorsi di cui all'articolo 3 sono inoltre rivisitati i piani di studio delle Lauree, delle Lauree Magistrali e dei Master universitari di I e II livello.

Art. 4

2. Le regioni e le province autonome **promuovono specifiche e innovative sperimentazioni clinico-assistenziali, gestionali e formative**, in ottemperanza alle modalità e ai percorsi di cui all' articolo 3 e ai processi formativi di cui al precedente comma 1, avendo come riferimento una moderna ed efficace **integrazione delle competenze all' interno di equipe multi-professionali.**

Art. 5

(Governo dell'evoluzione professionale, formativa e organizzativa nel Ssn)

1. Per promuovere **lo sviluppo omogeneo** delle competenze professionali e dei conseguenti modelli organizzativi nel Servizio sanitario nazionale nonché per promuovere e diffondere le buone pratiche nonché **per disincentivare modelli che non abbiano prodotto miglioramenti in termini di efficacia ed efficienza**, presso il Ministero della salute è istituito **l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche professionali e organizzative**, cui partecipano i rappresentanti del Ministero della salute, i rappresentanti delle regioni, le rappresentanze professionali e sindacali. L'Osservatorio, valutata la documentazione pervenuta ai sensi dell'articolo 3, esprime pareri motivati al fine di promuovere lo sviluppo omogeneo nel Servizio sanitario nazionale. L'Osservatorio ha facoltà di organizzare i propri lavori secondo le modalità operative e le priorità che riterrà opportuno individuare. Il Ministero della salute è incaricato della diffusione dei pareri dell'Osservatorio.

Art. 6

(Clausola finanziaria)

Dal presente Accordo non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

**Riconoscimento
Competenze
Specialistiche**

Responsabilità Organizzative

Responsabilità Professionali

Ospedale di Comunità

U n i t à
Riabilitativa
Territoriale

Centrale
Operativa
Territoriale

**Ambulatorio
Infermieristico
Codici Bianchi**

Medicine di Gruppo Integrate

**Subire emergenze
erogando
esclusivamente
prestazioni**

V/S

**Governare i processi
definendo gli esiti**

“crisi”



rischio

opportunità

危

rischio

- **Resistenza al cambiamento**
- **Paura di Perdita del ruolo**
- **Incertezza**
- **Inadeguatezza**
- **Scarsa motivazione**
- **Ridotto coinvolgimento**

机

opportunità

- Valorizzazione del ruolo professionale
- Riconoscimento del valore strategico
- Poter misurare gli esiti dell'assistenza
- Aumentare la contrattualità

机

opportunità

- Valorizzare le best practices
- Riconoscere le competenze
- Sviluppare l'appartenenza
- Rafforzare il gruppo professionale



CONVEGNO INTER REGIONALE

TRA CORSI E RICORSI
REGIONALI,
I MIGLIORI PER
DI GOV

VENERDÌ
TREVIS

Sala Auditorio
Via Cal di Br

Il contributo delle professioni all'organizzazione e alla gestione
distrettuali dei bisogni di salute del cittadino nelle reti territoriali

IL CONTRIBUTO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Luigino Schiavon, Marta Pordenon