

CONTRIBUTO DEL COLLEGIO IPASVI DI TRENTO ALLA COSTRUZIONE DEL PIANO PER LA SALUTE DEL TRENTO

Premessa.

Il Collegio IPASVI di Trento, per procedere in coerenza e sinergia alle scelte politiche definite dalla PAT, per contribuire a garantire risposte ai bisogni di salute dei cittadini trentini, si è attivato su più fronti e si è impegnato per approfondire questioni diverse.

La metodologia di approccio, scelta dal Consiglio Direttivo, è stata così definita:

1. analisi e condivisione delle questioni inerenti la salute, maggiormente percepite e ritenute prioritarie, per i 4300 professionisti iscritti agli albi professionali del Collegio IPASVI (infermieri, assistenti sanitarie, infermiere pediatriche);
2. analisi e confronto con i cittadini o le loro rappresentanze, sui bisogni di salute e sulle attese/aspettative di risposta da parte del sistema sanitario, approfondimento particolare rispetto alle attese dei cittadini nei confronti degli infermieri;
3. attivazione di tavoli di lavoro multi professionali per approfondire ed elaborare proposte condivise su tematiche trasversali e prioritarie di salute;
4. confronto continuo e collaborazione con i Collegi provinciali e con la Federazione Nazionale Collegi IPASVI per l'evoluzione normativa sia nazionale che regionale.

Tutto questo per poter procedere alla definizione degli ambiti e delle linee di azione che, vista la natura giuridica dei Collegi e Ordini professionali, esprimono il mandato esclusivo di tutela, di portavoce dei bisogni dei cittadini e di rappresentanza e valorizzazione della professione degli infermieri, assistenti sanitarie e infermiere pediatriche.

In questo documento sono raccolti e sintetizzati i temi e le questioni aperte su cui, a nostro avviso, è necessario concentrare il confronto e l'impegno di tutte le parti.

I temi e le questioni aperte

Molti sono i temi e le questioni aperte raccolte, a cui abbiamo cercato di dare un ordine per priorità e, così, creare e impiantare una struttura portante su cui, successivamente, sviluppare i progetti di intervento.

Nello specifico, i temi e le questioni aperte, sono sinteticamente riassunti nei seguenti punti:

- **Essere professionisti oggi.** Quale significato e valori sono il riferimento per la professione infermieristica, ma anche per tutte le professioni soprattutto nel delicato ambito della salute.
- **Competenze:** dalla definizione del livello uniforme base delle competenze attese e dovute di un infermiere alla certificazione del livello di competenza (conoscenza, abilità, esperienza) posseduto da ogni singolo professionista (portfolio dell'infermiere), per una corretta valorizzazione dei professionisti e migliore "allocazione" delle risorse professionali da dedicare all'assistenza diretta, al coordinamento, agli ambiti specialistici.
- **Formazione di base, formazione specialistica, aggiornamento continuo:** finalità, progettualità e partnership con un'orientamento non più alla frammentazione / settorializzazione delle conoscenze ma alla capacità di presa in carico e progettualità nel processo di assistenza e cura.
- **Valorizzazione e certificazione delle competenze:** modello di certificazione / abilitazione / manutenzione abilità, a tutela della sicurezza del malato e dei cittadini e garanzia che le prestazioni al cittadino siano erogate da "CHI SA FARE".

- **Evoluzione/revisione normativa**, con particolare attenzione alle scelte del Governo nazionale. Quale visione e prospettive per l'autonomia nella gestione della sanità alle Regioni e Province Autonome?
- **I bisogni di salute di oggi**: quali sono (fragilità, disabilità, pluripatologie) e quali/quante risorse sono definite e impegnate, per quali livelli e standard, quale è il presupposto indispensabile per definire il fabbisogno di assistenza infermieristica da soddisfare e garantire ai cittadini / pazienti?
- **Programmazione sanitaria**: definizione dei L.E.A. integrativi provinciali per stabilire, in maniera univoca, quali professionalità servono, con quali competenze e definire numeri e qualifiche delle dotazioni organiche, in relazione alla mission e finalità delle diverse strutture organizzative (coerenza tra bisogni / domande di assistenza / risorse necessarie / risultati attesi).
- **Organizzazione provinciale delle strutture socio/sanitarie/assistenziali territoriali dedicate** (ospedali, strutture per la riabilitazione e per la lungodegenza, ambiti di cure primarie) basata sulla definizione di percorsi clinico assistenziali e classificazione della complessità delle persone assistite.
- **Quale mandato e finalità dell'ospedale per acuti di primo e di secondo livello?**
- **Integrazione socio – sanitaria**: dalla cooperazione all'assistenza integrativa, quali sono, oggi le necessità dei cittadini? Superare la frammentazione per garantire risposte valide e sostenibili (anche in termini economici), nel pieno rispetto delle specifiche competenze.
- **Partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini**: quali ipotesi?
- **Progetti di innovazione e miglioramento**: in che ambiti e con quali livelli di coinvolgimento e responsabilizzazione?
- **Quale “rete” tra APSP?** Per quali obiettivi comuni? Non per un taglio della spesa lineare, con diminuzione del personale dedicato all'assistenza, ma per un'ottimizzazione degli investimenti con attivazione di attività e/o servizi trasversali (es. acquisti, attività amministrative, ecc.); per definire appalti di servizi infermieristici non solo basati sul prezzo e su aspetti amministrativo/burocratici ma che richiedono anche il soddisfacimento di criteri di qualità assistenziale definiti e misurabili.
- Ridefinire, in un'ottica di **regolamentazione del lavoro libero professionale**, il collegamento fra prezzo di una prestazione intellettuale e decoro professionale (art 2233 – c.c. comma 2), al fine di garantire prestazioni efficaci ed un riconoscimento economico adeguato, equo e trasparente.
- **Multidisciplinarietà e interdisciplinarietà** sia delle professioni della salute, ma anche di tutte le altre professioni (es. infermiere esperto in aspetti medico legali: dove si colloca? Qual è il valore aggiunto? Supporto ai professionisti che operano sul campo come consulente esperto per superare comportamenti “difensivi”?).

I progetti/azioni

I progetti/azioni che il Collegio IPASVI di Trento ha, in questi anni, realizzato e avviato inerenti:

1. **valore e significato delle “professioni”**
2. **il portfolio per la certificazione dei professionisti**
3. **l'identità professionale e i valori guida della professione infermieristica: il Codice Deontologico dell'infermiere**
4. **le politiche professionali e l'evoluzione normativa,**
5. **riorganizzazione delle cure primarie: il contributo degli infermieri**
6. **l'impegno degli infermieri: partecipazione e coinvolgimento attivo e strutturato per la riduzione e nel governo della spesa**
7. **l'assistenza al letto del paziente: quali cambiamenti necessari e quali principi da salvaguardare**

hanno avuto un denominatore comune: il coinvolgimento ed il confronto strutturato e continuo con tutti i soggetti interessati, in primis i cittadini!

Si sono così strutturate delle conoscenze e delle consuetudini di vicinanza vera tra un “ente” e la singola “persona”, intesa sia come soggetto portatore di interessi che come struttura dotata di personalità giuridica con mandato istituzionale. Questi temi, che si fondano su assunti comuni, sono tra loro complementari per garantire coerenza tra mission e vision del Collegio e poter così procedere per:

- delineare le politiche professionali
- prendere decisioni
- intraprendere azioni

a garanzia dei cittadini e degli infermieri stessi.

Il Collegio ha infatti, l’obbligo di interessarsi di politica, per la responsabilità che gli spetta di compiere le scelte più opportune e legittime.

La politica non è morale ma include anche un orientamento etico sia dell’intenzione che della responsabilità al fine di trovare comunque una soluzione. Tutto questo avendo ben chiaro quale sia il proprio mandato specifico professionale: l’assistenza infermieristica.

L’assistenza infermieristica trova infatti i suoi principi e fondamenti nei seguenti elementi:

- a. ragion d’essere cioè l’utilità sociale che si realizza nella capacità di rispondere/risolvere un bisogno,
- b. sapere disciplinare tecnico specifico,
- c. campo esclusivo d’attività e interdipendenza professionale.

Il punto da cui partire è, in questa prospettiva, l’analisi del requisito della professionalità, che corrisponde all’attività più che all’atto. La rilevanza del concetto di professionalità è stata percepita, per lo più, sotto il profilo della stabilità, continuità e sistematicità dell’esercizio dell’attività stessa, nell’impiego persistente di capacità e competenze. Affermare che una prestazione d’opera intellettuale, isolata, a prescindere dalla sua reiterazione nel tempo, sia già sufficiente per l’imputazione della relativa disciplina contenuta nel codice civile è, in linea di principio, corretto però, la determinazione della figura dovrebbe avvenire alla luce della rilevanza complessiva del fenomeno, in ragione delle sue concrete manifestazioni nella nostra epoca.

In questa diversa prospettiva, il rilievo attuale delle professioni nell’ordinamento è senz’altro duplice, relativo alla singola prestazione d’opera e, insieme, all’attività del professionista intellettuale, intesa in questa come volta al soddisfacimento di precisi interessi dei singoli e della collettività, in rapporto alle esigenze che la vita sociale pone nella nostra epoca. In essa si definisce la **ragion d’essere e l’utilità sociale**. Entro tali limiti, dal punto di vista metodologico, si potrebbe parlare persino al proposito di istituto economico sociale, che riassume e ordina, in un quadro unitario, prestazioni d’opera e attività organizzate a favore di determinati soggetti, con un insieme di regole.

Viene in gioco allora l’altro elemento caratterizzante: l’intellettualità. Il codice civile utilizza più volte il termine intellettuale, tanto con riferimento alla prestazione d’opera quanto con riguardo ai profili di disciplina in oggetto di considerazione e di rinvio alla legislazione speciale. Il punto è che il codice, per quanto lo faccia con un linguaggio connotato ideologicamente, unisce in modo inequivocabile la prestazione professionale all’attività cui la prestazione corrisponde, cioè **mira a tenere insieme l’indipendenza del professionista nell’esecuzione dell’intervento, il sapere tecnico del professionista ed il rilievo sociale dell’attività**.

Uno dei compiti preminenti a carico dei Collegi e degli Ordini, da sviluppare unitamente alle scelte strategiche dei decisori politici, è sicuramente e prioritariamente, quello della tutela del cittadino. Esiste quindi, un dovere etico deontologico che deve essere a salvaguardia di un valore che ogni

professione può portare all'interno della propria società, di quello che ogni professionista deve, sa e può dare all'interno di un bisogno, di un contesto.

È necessario garantire convergenza nelle finalità di tutti i soggetti del "sistema", in primis tra i professionisti, quindi è necessario che ognuno:

- rifletta sulla propria specificità professionale
- sulle motivazioni della propria scelta professionale.

Questi sono i presupposti che permettono di dare contenuto e misura al termine **"competenza"**:

- conoscenze che devono essere "misurate"
- esperienza validata (non è l'anzianità di servizio il criterio unico di validazione)
- abilità intesa come applicazione pratica delle conoscenze ed esperienze

Il professionista deve sapere agire la competenza, anche quale modalità per misurare la ricaduta della formazione seguita. La formazione non risolve niente se non è fatta in maniera mirata a produrre una ricaduta.

La professione infermieristica, per il quasi 90%, è rappresentata da donne che meritano pari dignità e ruolo, con la speranza ed auspicio forte che possa essere a tutte riconosciuta uguaglianza e stesse opportunità in quanto espressione del riconoscimento delle reali capacità e abilità messe in campo da ogni singola persona, a prescindere dal sesso o dalla classe sociale o professionale di appartenenza. Il riconoscimento della competenza è il valore aggiunto e necessario per attribuire posizioni e ruoli a chi, effettivamente è in grado di avere la piena e concreta capacità di assolvere responsabilmente al mandato assegnato.

Questa modalità di assegnare posizioni e ruoli a chi possiede le competenze necessarie ed indispensabili in relazione al contesto e mandato, con criteri che valorizzano il merito è, oggi più che mai un'esigenza per uscire vincenti dalla sfida che la crisi di oggi ci impone di fronteggiare.

Modalità che si traduce anche in una visione innovativa vera, capace di proporre modelli organizzativi diversi ma efficaci perché capaci di spostare il focus dal "problema" (e acuzie) al "bisogno". Cambiamento che impone, ai contesti organizzativi, di ripensare al significato e valore della conoscenza; conoscenza che ha rappresentato, fino ad ora, l'elemento su cui impostare l'articolazione delle strutture organizzative sanitarie e socio sanitarie (es. UU.OO. espressione delle specialità cliniche).

Oggi la conoscenza deve, per poter essere veramente l'elemento capace di garantire risposte ai crescenti e sempre più articolati e complessi bisogni di salute dei cittadini, essere interdisciplinare! E l'interdisciplinarietà deve trasformarsi in "abilità" richiesta a tutti i professionisti della salute perché la capacità di lavorare assieme agli altri è il vero elemento di innovazione che garantisce di mettere veramente al centro la persona ed i suoi bisogni, passando dalla logica della risposta al problema, alla logica della presa in carico dei bisogni della persona. Persona che oggi si caratterizza per condizioni di cronicità e pluripatologia, dove solo una visione integrata può garantire risultati (outcome) di salute misurabili in termini di valore e qualità di vita.

In tal senso, il ruolo dei Collegi non è assolutamente l'aspetto sindacale né contrattuale ma il contesto professionale e deontologico degli infermieri e dell'assistenza infermieristica. Principi questi riconosciuti e affermati anche dalle Leggi emanate per garantire stabilità e sostenibilità del "Sistema Paese". Infatti, nella Legge di stabilità n° 190/2014 al comma 566, applicativa dei disposti del Patto per la salute 2014/2016, rende finalmente ineludibile e certo, l'iter di ridefinizione dell'organizzazione del lavoro dei professionisti sanitari e per un ridisegno dei processi di cura e di assistenza coerente con le aspettative degli assistiti oltre che con l'evoluzione scientifica e tecnologica di tutte le professioni sanitarie.

Cure primarie e servizi territoriali/distrettuali, area intensiva e dell'emergenza-urgenza, area medica, chirurgica, neonatologica e pediatrica, salute mentale e dipendenze sono le aree per lo sviluppo delle competenze specialistiche degli infermieri, che con il comma 566 della Legge di stabilità 2015 (Legge 23 dicembre 2014, n. 190, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 29

dicembre) definitivamente approvata e che entrerà in vigore dal primo gennaio prossimo, sono realtà.

La manovra 2015 infatti, prevede che “Fermo restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia”, un accordo Stato-Regioni, che di fatto ha già ricevuto l'imprimatur dei governatori dopo un lungo percorso e l'inserimento di molti ostacoli da parte di altre professioni (medici in testa), definisca “i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari”. Naturalmente senza oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica.

L'auspicio è che questo importante disegno nazionale sia raccolto e attuato anche nella realtà della Provincia Autonoma di Trento.

Particolare attenzione è stata data dal Collegio alla definizione del progetto:
il contributo dell'infermiere nella riorganizzazione delle cure primarie.

La programmazione sanitaria, già da tempo, rileva la necessità di definire una rete di servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali per rispondere ai bisogni delle persone con patologie a lungo termine o croniche. In quest'ambito un po' tutte le Regioni stanno realizzando percorsi assistenziali integrati per le persone non autosufficienti e fragili, con il pieno coinvolgimento dei diversi servizi e professionisti sanitari e sociosanitari, al fine di garantire la continuità assistenziale. In Trentino la svolta in tal senso è stata data dalla Legge 16/2010 Tutela della salute in provincia di Trento - PROPOSTA PER L'INDIVIDUAZIONE DEI DISTRETTI SANITARI (01.2011) che tra le altre cose riconfigura il Servizio sanitario provinciale, dalla più recente Delibera Provinciale 1597/2011 in merito alla riorganizzazione delle Cure palliative.

Va sottolineato come, nel 2012 sono stati 1,4 milioni i cittadini che hanno fatto ricorso a un infermiere privato per avere assistenza continuativa e 1,6 milioni per prestazioni una tantum. Il valore monetario di queste prestazioni, secondo un'analisi del Censis, è stato di oltre 850 milioni.

Di questa somma, sempre secondo il Censis, 287 milioni sono quelli spesi da 958mila pazienti con patologie tumorali con una diagnosi da meno di cinque anni (quelli cioè che hanno necessità maggiore di continuità assistenziale) rispetto agli 1,9 miliardi per assistenza domiciliare privata spesi sempre dai malati oncologici.

E sono oltre 39mila dei 422mila infermieri iscritti alla Federazione Ispasvi, e contribuenti all'Ente previdenziale della categoria Enpapi, i professionisti che svolgono attività libero-professionali, di cui 1.411 pensionati e 12.708 cittadini stranieri. Sono dati su cui, anche in Trentino è necessario fare un approfondimento per definire congiuntamente, quali politiche e strategie adottare per fare in modo che la risorsa degli infermieri sia valore in termini di salute per i cittadini e per la collettività del nostro territorio.

Inoltre, in Italia cresce la domanda di assistenza sanitaria, ma aumenta la percezione nel cittadino delle disparità di efficienza del servizio in base al territorio di appartenenza (Carla Collicelli, indagine Censis "Equità e sostenibilità della Sanità italiana e campana. Percezione dell'efficienza del sistema sanitario nazionale").

Anzitutto, un cambio di prospettiva culturale: in passato, la Sanità era percepita come “riparazione, rassegnazione e rimozione”, oggi come “prevenzione, promozione e partecipazione”.

Una vera rivoluzione culturale, dunque, che ha accresciuto il ricorso al sistema sanitario, ingolfato anche dall'aumento delle malattie croniche: oggi, in Italia, il 14% della popolazione soffre di tre o più malattie di questo genere.

Una percentuale aumentata del 2% rispetto a dieci anni fa e che diventa ancora più pesante con l'aumento dell'aspettativa di vita: fra gli over 75, un italiano su due ha almeno tre malattie croniche. Problemi di salute che aumentano anche per colpa degli stili di vita che non migliorano, malgrado

un'informazione crescente: il 39% degli italiani non pratica nessuno sport (con punte in Campania del 57,3% e in Sicilia del 55,2%). Quasi il 22% degli italiani fuma (spiccano sempre: Campania, 24,6% e Sicilia, 24,5%). Il 15,5% abusa di alcol (23,3% in Valle d'Aosta, il 22% in Molise). Il 10% è obeso (Molise, 13,5%, Basilicata, 13,1%).

Per questo motivo, cresce la spesa sanitaria: oltre 12 milioni di persone hanno dichiarato di aver aumentato la spesa per la cura della salute, ed è inevitabile che, in tempo di crisi, si vadano ad accentuare le diseguaglianze. Le gravi patologie attanagliano l'11% delle persone con risorse economiche scarse (solo il 5% dei benestanti ne soffre).

Per procedere in coerenza e sinergia all'assetto politico definito dalla PAT, quale schema ragionato per garantire risposte ai bisogni di salute dei cittadini trentini, il Collegio si è occupato di Cure Primarie coinvolgendo i diversi soggetti che si occupano di salute, dando vita ad un gruppo di lavoro multi professionale che ha elaborato un documento in cui viene esplicitato il contributo che può essere fornito dall'infermiere nella riorganizzazione delle cure primarie, ipotizzando in tal senso **l'istituzione della figura dell'Infermiere di Famiglia**.

Le parole chiave che supportano e guidano tutta l'ipotesi progettuale per procedere e realizzare un processo riorganizzativo ed innovativo, sono:

1.Continuità tra operatori e Servizi: elemento imprescindibile al fine di garantire, in un'ottica di sicurezza, una corretta presa in carico dell'utente, riducendo al minimo i rischi legati alla frammentarietà dell'assistenza medica ed infermieristica che non sempre garantisce una copertura 7/7 gg, 24/24 ore;

2.Competenza esperta intesa come creazione o riconoscimento di figure qualificate es .Infermiere di Famiglia che possano presidiare l'aspetto della continuità ed essere in grado di dare risposte anche in un contesto specifico quale quello di applicazione delle AFT.

Questi elementi devono rispondere ad una logica di integrazione che si traduce in:

- Integrazione di responsabilità. I diversi centri di responsabilità si integrano, condividono obiettivi, risorse e responsabilità per conseguire i risultati attesi, ognuno per il proprio specifico mandato ma tutti guidati/orientati da un fine comune;

- Integrazione di risorse. Le risorse sono intese come le abilità, le competenze, i saperi che generano maggiori possibilità di fronteggiare problemi complessi e non affrontabili in maniera individuale, facendo leva su risorse singole, anche se qualificate e settoriali in quanto, quando si parla di "cronicità e disabilità", le risorse singole non sono adeguate ad affrontare problemi di più ampia portata.

- Integrazione tra professionisti. Il presupposto è che tutti i professionisti , pur afferenti ad ambiti di competenza diversificati, garantiscono un apporto e contributo ancora migliore se c'è interazione tra tutte le diverse professionalità, Integrazione da cui può scaturire un progetto individuale mirato e congruente alle esigenze e risorse di quell'utente.

- Integrazione/omogeneità di offerta che permetta di erogare prestazioni qualitativamente simili nei centri urbani e nelle valli. Difficoltà particolarmente sentita in Trentino che per le caratteristiche morfologiche intrinseche al territorio richiede interventi mirati.

- Integrazione/condivisione di Strutture: l'utilizzo di strutture già esistenti quale aspetto che consente sia di operare un risparmio (vedi costi di progettazione, costruzione, manutenzione, ecc.) sia di valorizzare il patrimonio architettonico delle opere/strutture pubbliche esistenti ma anche di facilitare / favorire la conoscenza dei professionisti e delle attività svolte dai singoli e dalle diverse istituzioni.

La finalità del progetto è di realizzare servizi capaci di garantire un vero accompagnamento del cittadino nel processo di cura. Accompagnamento che si realizza con una presa in carico globale il cui risultato è misurabile in out come di salute/benessere che obbliga ad ampliare il focus d'attenzione sia per interventi individualizzati ma anche interventi alla comunità e territorio, attivando strategie operative adatte a favorire i diversi livelli di integrazione.

In particolare, i livelli di integrazione su cui lavorare sono i seguenti:

- a *livello professionale* attraverso una maggiore sinergia tra i vari professionisti socio – sanitari, tra professionisti e il paziente / la famiglia;
- a *livello di struttura operativa*, attraverso una forte integrazione organizzativa e gestionale individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento sia a livello di distretto socio-sanitario che dei diversi servizi e soggetti che lo compongono, finalizzati a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni ;
- a *livello di inter-struttura* mediante la condivisione di dati ed informazioni sugli assistiti, nel rispetto della privacy, per la definizione di un progetto individuale. La definizione, tra le diverse strutture coinvolte, delle modalità di partecipazione al processo di presa in carico che si concretizza con l'individuazione dei ruoli, delle responsabilità, dei finanziamenti, delle attività da svolgere e delle modalità operative integrate e la partecipazione al processo valutativo;
- a *livello inter-istituzionale*, in particolare tra aziende sanitarie ed enti locali, per favorire sinergie e collaborazioni verso comuni obiettivi di salute dei singoli e delle comunità. Tale forma d'integrazione può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni, gli accordi di programma, i protocolli fra enti, dove la partnership con gli Ordini/Collegi delle professioni sanitarie diventa supporto e garanzia della validazione e certificazione della competenza dei professionisti declinata sui bisogni dei cittadini e sulle priorità definite dalla programmazione provinciale.

Nel documento non vengono fornite prescrizioni, soluzioni o modelli che portano a soluzioni immediate e/o automatiche, ma sono indicate e motivate le azioni e le strategie indispensabili, quali, la formalizzazione e programmazione di obiettivi comuni che obbligano tutti i soggetti ad agire in maniera sinergica e la valutazione dei risultati conseguiti (a breve, medio e lungo periodo) condivisa sia nel metodo che nei tempi e nei risultati. Questo per garantire la massima trasparenza ed integrazione d'intenti.

Si ritiene che per implementare un modello sperimentale in un territorio centrale e periferico, debbano esistere chiarezza ed uniformità in tutti i documenti strategici politici e contrattuali anche rivedendo alcuni aspetti contrattuali, normativi propri del medico di medicina generale ed, in analogia, per la definizione della figura dell'infermiere di famiglia.

Attraverso questa reimpostazione delle politiche assistenziali si potrà certo evitare la dispersione degli sforzi e ottenere un razionale impiego delle risorse professionali e materiali ma, soprattutto, sarà possibile perseguire efficacemente obiettivi di salute grazie al consapevole e riconosciuto concorso integrato di tutti gli operatori e la partecipazione attiva della popolazione.

L'impegno degli infermieri: partecipazione e coinvolgimento attivo e strutturato per la riduzione e nel governo della spesa

In condizioni di crisi economica due strategie permettono di sostenere le attività produttive:

- la prima consiste nell'investire meno risorse (tagli lineari)
- la seconda nell'ottenere migliori risultati dalle risorse investite, previa identificazione ed eliminazione degli sprechi

Il nostro impegno sarà "attivo" rispetto alla 2° strategia, di dissenso verso la prima.

La strategia alternativa a quella dei tagli lineari consiste nella riduzione degli sprechi, che Berwick ed Hackbarth ([JAMA 2012;307:1513-1516](#)) hanno classificato in sei categorie che costituiscono almeno il 20% dei costi sanitari:

- *Sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci*. Conseguenze principalmente ai gap tra ricerca e pratica: può ritardare o impedire la guarigione, aumentare le complicanze, richiedere ricoveri ospedalieri e interventi sanitari più costosi, causare assenze dal lavoro.

- *Inadeguato coordinamento dell'assistenza.* Sono gli sprechi conseguenti al “rimbalzo” dei pazienti tra setting assistenziali diversi, in particolare tra ospedale e territorio.
- *Sovra-utilizzo di interventi diagnostici e terapeutici.* Overtreatment e overdiagnosis sono dovuti alla convinzione professionale e sociale che in medicina l'imperativo dominante è “more is better”, che peraltro alimenta continuamente la medicina difensiva.
- *Ci impegniamo nell'informazione ed educazione all'uso appropriato dei servizi sanitari e socio-sanitari.*
- *Complessità amministrative.* Il sovraccarico di obblighi burocratici sottrae tempo prezioso ai professionisti sanitari in un contesto dove, paradossalmente, i costi del personale amministrativo rappresentano una consistente voce di spesa del SSP.
- Rispetto a questo punto il concetto di “semplificazione” è inesistente a partire dal fatto che sono gli operatori sanitari al servizio dei sistemi informatici e non il contrario, poiché sottoposti alle costanti richieste di documentazione scritta, lettere, .. che portano il personale a rimanere sul PC anziché potersi dedicare all'assistenza diretta.
- *Tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi.* La mancata definizione dei costi standard e l'assenza di regole ben definite fanno sì che i costi di acquisizione delle tecnologie sanitarie siano molto più alti del loro valore reale.
- *Frodi e abusi, evitare sprechi di risorse materiali - uso inappropriato di materiale nell'assistenza quotidiana.* Oltre che alle azioni fraudolente (fatture false, truffe), gli sprechi conseguono anche alle leggi, ai regolamenti e ai controlli cui tutti devono sottostare.

Rispetto a questi punti, come infermieri ci impegniamo e siamo disponibili ad impegnarci per ridurre sprechi e ottimizzare l'utilizzo delle risorse, anche attraverso:

- elaborazione di progetti e sperimentazione di modelli e strategie innovative
- attuazione di interventi ed azioni di formazione – informazione sul concetto che si può “assistere bene a minor costo”
- attuazione di interventi ed azioni di promozione rivolti al cittadino sull'uso appropriato di servizi sanitari (accesso PS, diagnostica,..)

Questo perché convinti che l'accompagnamento del cittadino sia un elemento strategico, oltre che dovere etico e deontologico, perché vi sia condivisione e partecipazione attiva, consapevole e responsabile di tutti.

L'assistenza al letto del paziente: quali cambiamenti necessari e quali principi da salvaguardare

La letteratura evidenzia che uno dei principali motivi di ospedalizzazione è il bisogno di assistenza infermieristica. Riteniamo pertanto fondamentale che gli infermieri si impegnino a garantire:

- Assistenza centrata sul paziente, riportare l'infermiere (e l'infermieristica) al letto da paziente
- Sicurezza e affidabilità
- Efficienza e orientamento degli infermieri verso un'assistenza di alto valore
- Ambiente di lavoro, lavoro di équipe e “vitalità” del posto di lavoro
- Ambiente e formazione al caring
- Formazione alla cronicità, territorialità e bisogni primari della persona.

In linea con i progetti/azioni sopra descritti riteniamo opportuno declinare alcune proposte operative:

1. Definire Standard minimo Staffing e skill mix in contesti ospedalieri, territoriali e RSA/APSP.

Il Consiglio direttivo si è frequentemente chiesto quali siano i criteri che l'assessorato utilizza nelle deliberazioni inerenti tale tema. Molti servizi sono in grave affanno, gli infermieri ci segnalano l'impossibilità di fruire di ferie, riposi,.... per la grave carenza di personale.

L'aumento della complessità assistenziale e gli obiettivi e riorganizzazioni in corso richiederebbero più risorse umane in assenza di riorganizzazioni di sistema orientate all'appropriatezza o al loro "recupero". La dotazione di personale infermieristico, sia dal punto di vista numerico, sia di composizione (infermieri specialisti) è associata agli esiti di salute sui paziente ma ha anche un impatto sugli infermieri. Vari studi, prevalentemente stranieri ma di ampia portata, hanno evidenziato come il rapporto numero pazienti/numero infermieri, quando ottimale, riduce alcuni esiti avversi quali la mortalità, le infezioni, le cadute, le lesioni e di conseguenza l'impatto economico.

È rilevante pertanto, intervenire su più fattori quali:

- **chiarezza nella differenziazione e definizione del ruolo/mandato delle politiche definite per il Sistema Sanitario Provinciale rispetto al mandato assegnato all'APSS** in quanto rappresenta uno degli Enti strumentali della PAT per la realizzazione delle sue politiche;
- **indirizzi politici sul rapporto minimo – standard di sicurezza - di dotazione infermieristica** in base ai pazienti alla complessità dei pazienti (e non solo criticità) in particolare in geriatria medicina, chirurgie, ecc. e tipologia di ospedale/distretto. Una necessità impellente è sicuramente gestire i carichi di lavoro diversi a parità di retribuzione e di incentivi in particolare nelle aree di medicina, geriatria,.... Frequentemente questi servizi sono individuati per progetti e sperimentazioni innovative, che da una parte determinano aumento del carico di lavoro e dall'altra non sono riconosciuti in termini di immagine, e di conseguenza risorse. Questo comporta scarsa attrattività, alti tassi di mobilità verso altri servizi, insoddisfazione;
- **Ridefinizione degli standard di assistenza infermieristica e occupazionale in APSP /RSA e lungodegenza;**
- Politiche congiunte dell'assessorato sul miglioramento della **qualità dei contesti lavorativi** (climi, spazi di lavoro dedicati per infermieri, integrazione,..) e di maggiore **coinvolgimento** del personale infermieristico. Rispetto a quest'ultimo punto si chiede venga adottato come obiettivo per i Servizi Sanitari APSS e strutture convenzionate;
- **Riduzione della quantità di lavoro non infermieristico.** Potrebbe essere interessante sperimentare il segretario clinico per gli aspetti burocratico amministrativi connessi ai processi assistenziali;
- **Aumento della verifica e controllo dell'assistenza e cure erogate nelle strutture convenzionate e APSP/RSA** attraverso il coinvolgimento di valutatori formati e senza conflitto d'interesse;

- **Governo delle risorse non definito solo su base gerarchica ma anche su base funzionale.** Soprattutto quando si devono garantire risposte a bisogni complessi, in situazioni di cronicità, contesti dove l'interdisciplinarietà risulta essere la leva strategica fondamentale ed irrinunciabile.

2. Contribuire all'attuazione della riorganizzazione del Sistema Sanitario Provinciale

Spiace segnalare che l'attuale LP 16/2012 – rispetto alla quale avevamo riposto molta fiducia – ha determinato il non raggiungimento dei nodi definiti come prioritari, con una maggiore “disorganizzazione interna” all'APSS (a cui è stato attribuito il ruolo di attivatore/realizzatore) con scarsi se non assenti collegamenti / raccordi con le APSP.

Indichiamo pertanto alcuni aspetti da presidiare, per cui offrire il nostro contributo:

- la continuità assistenziale deve essere ancora molto sviluppata ed incrementata
- l'integrazione socio-sanitaria, esiste solo nello strumento dell'UVM ma non nell'effettiva gestione e presa in carico dei casi
- le situazioni domiciliari sono sempre più complesse con necessità di un sistema “tempestivo” di presa in carico integrato dei bisogni del cittadino e di sostegno della famiglia
- mancanza, sul territorio, di figure a supporto a bisogni sempre più complessi per far fronte alla non autosufficienza, a dimissioni sempre più veloci, pluripatologie che portano ad invalidità e disabilità quali, il fisioterapista, dietiste, podologi, igienisti dentali, OSS, volontariato strutturato, badanti preparate ad affrontare i bisogni e problemi dell'anziano
- tempi di risposta in antitesi con bisogni e logiche assistenziali: dimissione precoce con tempi di attivazione del servizio di Assistenza Domiciliare (di supporto) non sempre adeguati
- Impatto sui costi economico e costo emotivo delle famiglie, in particolare del caregiver primario.

3. Ricondurre l'analisi dei fabbisogni formativi degli operatori della salute a livello provinciale

Il fabbisogno formativo per la formazione di base e post-base. La stima del fabbisogno di professionalità del sistema socio-sanitario dovrebbe essere realizzata da Provincia e Collegi/Ordini utilizzando alcuni criteri quali, ad esempio, turnover, tasso di occupazione futuro, disegno/riorganizzazioni del servizio sanitario, capacità del sistema di garantire la formazione clinico-pratica (capacità di accoglienza), pressioni sociali (offrire opportunità formative a spese ridotte) e culturali come elevare il livello educativo dei giovani. Realizzare la scelta del numero dei posti e/o di attivazione di un corso di laurea esclusivamente sulla situazione occupazionale non è sempre adeguata perché determina una artificiosa predeterminazione e irrigidimento dell'offerta, non tiene conto della possibilità di attività libero professionale e soprattutto di offrire un futuro ai giovani.

Sicuramente sarà necessario effettuare valutazioni e scelte rispetto ad alcuni Corsi ma suggeriamo che questo avvenga tramite una pianificazione almeno quinquennale per permettere una previsione di investimento culturale e di risorse (es qualificazione del personale, formazione e stimolo culturale all'interno dei servizi, rapporti con l'Università e requisiti minimi Ministeriali).

Si propone che l'analisi sia effettuata a livello provinciale con maggiore valorizzazione del Comitato Tecnico Organizzativo e di altri referenti delle professioni come i Collegi. Riteniamo che la definizione del fabbisogno non può essere demandata alla sola APSS che cura la gestione dei corsi, situazione questa che esclude e preclude una crescita e sviluppo professionale per tutti gli infermieri ma anche per dare pari opportunità a tutti gli operatori del sistema salute.

Formazione continua: investire e permettere l'accesso alla formazione di tutti i professionisti (APSS e non) ma anche richiedere una responsabilità individuale del professionista ad aggiornare le proprie conoscenze/competenze. Riteniamo sia necessario investire con strategie di "formazione-intervento" rispetto ai principali problemi di salute quali cronicità, disabilità, disuguaglianze sociali attraverso programmi formativi che supportano cambiamenti organizzativi e implementazione di modelli assistenziali territoriali. Si auspica quindi un sistema di formazione e aggiornamento continuo integrato tra tutte le strutture ed articolazioni che si occupano di formazione in tema di salute, che afferiscono alla regia della PAT.

4. Garantire equità nei servizi sanitari pubblici e convenzionati: APSP/RSA e Strutture Sanitarie Private

Garantire la qualità e la continuità assistenziale è una priorità che il gruppo professionale infermieristico ritiene debba essere presidiato per assicurare una risposta adeguata ai bisogni di salute dei cittadini. Ecco quindi, che si rende necessario richiedere un intervento politico forte affinché, **i requisiti organizzativi, professionali siano gli stessi definiti per il servizio pubblico.**

Le segnalazioni che continuamente giungono al nostro Collegio da cittadini e da professionisti che a vario titolo hanno necessità di accedere ai servizi offerti dalle RSA ed alle Strutture Private Accreditate della Provincia di Trento, indicano come vi sia una profonda diversità e disomogeneità nella capacità di rispondere in modo adeguato e sicuro ai bisogni di salute degli utenti.

È opportuno rivedere, fin dalle definizioni degli intenti programmatori politici provinciali, il sistema gestionale, organizzativo e professionale definito per le strutture di cui sopra.

A tale scopo, essendo la professione infermieristica pienamente coinvolta e parte attiva in questo settore, auspichiamo che, per pensare, programmare e definire un riallineamento di tali istituzioni, secondo criteri che realmente garantiscano il rispetto della persona assistita e diventino parte di un sistema "salute" più articolato ed aperto anche verso le altre componenti del sistema stesso, si evinca come l'apporto che la professione infermieristica può dare sia fondamentale.

Tale apporto deve essere riconosciuto ed è possibile solo se, all'interno dei tavoli tecnici la partecipazione infermieristica non è in minoranza rispetto alle altre rappresentanze (vedi amministratori e medici). Solo in questo modo è possibile realizzare dei confronti tra tutte le parti coinvolte nel processo di riorganizzazione, serio e centrato non sulle logiche particolari e/o professionali ma mettendo sempre al centro la persona con i suoi bisogni, le sue specificità ed i propri diritti.

5. Permettere l'accesso a tutti gli operatori del SSP alla conoscenza scientifica ed ai“ cataloghi di ricerca documentale scientifica”

Si propone per contenere i costi senza ridurre gli abbonamenti alle riviste scientifiche di attivare un consorzio con la piattaforma dell' Università degli Studi di Verona (biblioteca Meneghetti) o la biblioteca online di Bolzano in modo da permettere a tutti i Professionisti del SSP (APSS, Convenzionati, APSP, ...) di accedere al servizio di biblioteca anche da PC personali. In tal modo verrà consentito a tutti i professionisti accreditati in PAT da parte di Ordini e Collegi, di accedere ed avere disponibilità degli strumenti conoscitivi, informativi, banche dati, ecc a prescindere dall'essere dipendenti o appartenere a un Ente o Struttura.

6. Contribuire alla realizzazione del Nuovo Ospedale Trentino.

La struttura interna/esterna dell'ospedale influenzerà i modelli assistenziali di erogazione delle cure per gli anni a venire. Vorremmo pertanto contribuire a fornire suggerimenti costruttivi che tengano conto delle esigenze dei cittadini e dei professionisti.

Questo documento vuole essere espressione del fatto che gli infermieri non si prestano a polemiche e grida ma auspicano e chiedono in maniera propositiva di essere coinvolti ed ascoltati, in maniera strutturata e non strumentale o sporadica, in quanto interlocutori che per garantire “salute” sono una risorsa irrinunciabile e strategica.