



DIPARTIMENTO DI SCIENZE GIURIDICHE ED ECONOMICHE

Master in
"Management e funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie"

A.A. 2015/2016

TITOLO P.W.

Modelli organizzativi emergenti nella Regione Emilia Romagna: le Case della Salute. Il ruolo e le competenze del coordinatore infermieristico nello sviluppo dell'ambulatorio a gestione infermieristica per la presa in carico della patologia diabetica.

Relatore:
Prof. Giulio Maggiore

Candidato:
Arianna Abbarchi
Matr. 041865

SOMMARIO

INTRODUZIONE	4
SEZIONE 1: CONTESTO.....	8
CAPITOLO 1 LE CURE PRIMARIE.....	8
1.1. Le Case della Salute.	9
1.2. Riferimenti normativi	17
1.3. La situazione in Emilia-Romagna	18
SEZIONE 2: MODELLI DI RIFERIMENTO	19
CAPITOLO 2 CHRONIC CARE MODEL	19
2.1. I percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)	24
CAPITOLO 3 LA RUOTA DI DEMING.....	27
CAPITOLO 4 HEALTH BELIEF MODEL	31
CAPITOLO 5 IL COORDINATORE INFERMIERISTICO, LA NORMATIVA E IL RUOLO.....	38
5.1. Il processo di management.....	41
SEZIONE 3 PROGETTO APPLICATIVO	44
CAPITOLO 6 IL PROGETTO DI LAVORO: RACCOLTA, ANALISI DEI DATI E STRATEGIE.....	44
6.1 <i>Introduzione del progetto</i>	50
6.2 <i>Metodologia</i>	54
6.3 <i>Piano d'azione</i>	58
6.4 <i>Discussione</i>	68
SEZIONE 4 CONCLUSIONI	69
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	73

Un ringraziamento particolare va a mio marito Giorgio e a mia figlia Rossella che mi hanno incoraggiato e supportato in questo percorso; a Domenico Oliva, responsabile DATeR Ausl Bologna e a Marilena Monari, coordinatore UA ambulatori territoriali Navile Ausl Bologna e Michele Castellaro collega laureando magistrale in Scienze Infermieristiche che hanno speso parte del proprio tempo per leggere e discutere con me le bozze del mio lavoro non facendomi mai mancare spunti di riflessione.

Un ringraziamento a Andrea Spisni, coordinatore servizio informativo Rappresentanti Sicurezza sul lavoro Regione Emilia-Romagna e responsabile settore formazione sicurezza servizio di prevenzione e protezione Ausl Bologna; a Stefano Scarabelli, coordinatore U.A. CSM S. Lazzaro, a Claudia Passerini, coordinatore U.A. ambulatori territoriali Reno Galliera, a Loretta Manzoni, coordinatore U.A. assistenza domiciliare Reno Galliera.

Un ringraziamento particolare a Roberto Ferri, amico e cantautore.

"La tua mano ferita ... come fosse la mia ... ti do un po' della mia vita ... falla tua ..."

Roberto Ferri, 2017.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni gli strumenti di politica sanitaria hanno sottolineato la necessità di valorizzare la sanità a livello territoriale, rimodulando gli assetti organizzativi dei sistemi di cure primarie al fine di garantire ai cittadini una risposta alla domanda di salute sempre più appropriata, continuativa e integrata.

L'evoluzione dei modelli assistenziali in relazione al mutare del bisogno di salute sta favorendo sempre più l'integrazione tra percorsi ospedalieri e territoriali, facendo emergere la straordinaria importanza di figure professionali che siano in grado di gestire processi orientati alla collettività e all'individuo, per una presa in carico dei cittadini che garantisca sul territorio la continuità assistenziale e l'integrazione tra i diversi professionisti.

La transizione epidemiologica e sociale e la crisi economica che caratterizza il periodo storico in cui viviamo richiedono risposte in linea ai nuovi bisogni di salute attraverso un sostanziale ripensamento organizzativo dell'assistenza sanitaria di base, al fine di sostenere il carico sociale, emotivo, della fragilità e della malattia.

Fragilità e malattia che non rimangono più confinati nella sfera individuale legata al paziente, ma che ineriscono il mondo relazionale che attorno a quel paziente ruota.

L'invecchiamento della popolazione, l'incremento delle patologie cronico degenerative, l'aumento della speranza di vita, l'aumento delle disabilità da cause traumatiche e i conseguenti cambiamenti del quadro epidemiologico presentano numerose e diversificate implicazioni sia di politica sanitaria che, più concretamente, in termini gestionali e operativi per i servizi alla persona.

L'aumento dell'incidenza delle malattie croniche è infatti uno dei principali driver della necessità di un riequilibrio ospedale-territorio, rispetto al quale è necessario definire che tipo di "nuova" organizzazione implementare e che tipo di nuove figure professionali introdurre al fine di assicurare la continuità assistenziale al paziente e la necessaria integrazione socio-sanitaria.

L'attività infermieristica extra ospedaliera negli anni passati si è concentrata soprattutto sull'assistenza domiciliare e in residenza; l'incremento delle patologie croniche rende necessario sviluppare ambulatori per garantire interventi di promozione della salute, di corretti stili di vita, di educazione terapeutica, di self care, per una buona gestione della malattia. Molti di questi interventi possono essere soddisfatti in autonomia dall'infermiere, all'interno di percorsi condivisi, rivedendo sia l'attività attualmente svolta negli ambulatori della specialistica che a domicilio.

L'ambulatorio infermieristico ha lo scopo di garantire sia singole prestazioni che la gestione dei pazienti con patologie croniche nel setting più adeguato. Per raggiungere questo obiettivo è necessario:

- individuare gli interventi effettuabili nell'ambulatorio;
- definire i criteri di accesso attraverso percorsi concordati;
- riorganizzare sia dell'assistenza infermieristica ambulatoriale che domiciliare e la distribuzione delle risorse;
- individuare le sedi degli ambulatori.
- Prevedere e adeguare il sistema informativo
- formare adeguatamente i professionisti

In una fase storica di crisi delle risorse e divario fra risorse a disposizione a fronte di incremento della domanda, la presenza di strutture di riferimento certe per i cittadini equamente diffuse nel territorio, che garantiscano l'accoglienza, la presa in carico e la continuità dell'assistenza, rappresenta l'innovazione in grado di assicurare risposte adeguate e di qualità alla cronicità e a tutte le forme di fragilità sociale e sanitaria, implementando nuovi modelli di organizzazione dei servizi e dell'assistenza.

L'OMS (2009) riferisce che le stime del carico mondiale di malattia del 2004 individuano in 8,5 milioni i decessi in Europa per malattie non trasmissibili, dovuti nel 71% dei casi a patologie cardiovascolari ed oncologiche, seguiti da malattie dell'apparato digerente e respiratorio. Le proiezioni al 2030 fissano al

90% la percentuale di persone che moriranno per patologie non trasmissibili.

I paesi sviluppati stanno fronteggiando questa sfida attraverso un cambiamento radicale nelle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria ed un crescente investimento nell'assistenza a favore di soggetti affetti da patologie croniche: questa revisione del paradigma assistenziale richiede investimenti diversi, meno concentrati sull'area ospedaliera e orientati invece al rafforzamento delle cure primarie ed alla promozione dell'integrazione e del coordinamento tra medici di medicina generale, altri professionisti sanitari e specialisti ospedalieri (R.J.Ham, 2009, Primary care geriatrics-A case-Approach).

Nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale e in modo più estensivo nell'assistenza alla persona, si sta assistendo a una significativa evoluzione dei componenti organizzativo-assistenziali a cui si associa la costante e profonda evoluzione scientifica e tecnologica.

Ciò rende necessario ridefinire gli ambiti di cura e di assistenza, perseguendo processi basati sulla continuità, data dai percorsi assistenziali, tendendo da un lato, a standardizzare e sistematizzare le principali prestazioni e dall'altro ponendo le basi per personalizzare l'assistenza.

La motivazione che mi ha spinto a scegliere questo argomento per il project work è dettata dal forte desiderio di vedere realizzato concretamente l'ambulatorio a gestione infermieristica per la presa in carico della patologia diabetica e che spero al più presto mi permetta di coordinare un servizio le cui peculiarità sono rappresentate in gran parte dall'educazione sanitaria e terapeutica e per la quale mi ha fatto rimettere in gioco decidendo di incamminarmi in questo percorso di studi. Essendo questo un momento di cambiamento organizzativo, a tale proposito ho voluto approfondire il tema delle competenze del coordinatore infermieristico all'interno delle nuove realtà organizzative che stanno prendendo piede in Emilia-Romagna, le Case Della Salute appunto.

A tal fine, il mio project work ha l'obiettivo di promuovere nel nuovo contesto organizzativo la presa in carico globale del paziente diabetico attraverso la

creazione di un ambulatorio infermieristico dedicato a disposizione del paziente che accede al servizio e che si realizza attraverso un'integrazione multi professionale.

L'assistenza erogata deve poter garantire oltre alla completa indipendenza del paziente una precoce rilevazione delle complicanze, l'adeguato trattamento nel caso si verificano tali evenienze, ma soprattutto deve assicurare un'efficace educazione/relazione con il paziente in questa difficile fase della sua vita.

La rilevanza dell'ambulatorio infermieristico, all'interno del servizio, è rappresentata dall'effettiva possibilità di garantire una attenta valutazione dei bisogni nonché una efficace risposta in termini di assistenza al paziente diabetico.

E' importante definire gli attori coinvolti nel progetto:

1. Pazienti: principali destinatari del progetto anche se fruitori ultimi
2. Infermieri: coloro che detengono la responsabilità del progetto in quanto competenti per la sua gestione
3. Medici : attraverso l'integrazione e la collaborazione con l'infermiere contribuiscono alla completezza della presa in carico totale del paziente
4. Il coordinatore infermieristico che gioca un ruolo di facilitatore nel far superare le resistenze al cambiamento sviluppando una modalità d'approccio positivo al momento di transizione.

SEZIONE 1: CONTESTO

In questa sezione verrà descritto il contesto di lavoro in cui si sviluppa il progetto.

CAPITOLO 1 Le cure primarie

“Le cure primarie rappresentano il primo livello con cui gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario, avvicinando il più possibile l’assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria”.¹

Il Dipartimento di Cure Primarie ha il compito di favorire condizioni di omogeneità nell’offerta di servizi a livello distrettuale e supporto nell’analisi del bisogno socio-sanitario. Garantisce le azioni necessarie allo sviluppo dei percorsi assistenziali omogenei su tutto il territorio aziendale nonché le azioni per sostenere lo sviluppo dei professionisti operanti a livello territoriale e, per quanto attiene all’integrazione tra territorio ed ospedale, dei professionisti operanti nelle strutture ospedaliere.

L’assistenza distrettuale comprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all’assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai pazienti gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche).

¹ (Dichiarazione di Alma Ata 1978).

Nell'ambito del processo di riqualificazione del sistema sanitario l'area dei servizi territoriali e delle cure primarie, in particolare, ha assunto negli ultimi anni sempre maggior importanza nell'ipotesi di una loro riconosciuta valenza rispetto all'ospedale. In tale ottica risulta evidente la necessità di mettere a punto strumenti e processi in grado di governare la complessità che caratterizza la rete di strutture a scala territoriale nell'attuale organizzazione sanitaria in cui:

- l'ospedale è sempre più indirizzato ai casi acuti;
- le strutture dedicate alle cure primarie assumono sempre più un'articolazione organizzativa e funzionale tale da configurarsi come punto di primo riferimento per il cittadino nei confronti del sistema sanitario di base, di primo soccorso, di prevenzione e del trattamento delle patologie in fase post-acuta, riabilitative-cronico degenerative.

1.1. Le Case della Salute.

Negli ultimi anni il sistema sanitario del nostro paese ha assistito a diverse trasformazioni, per far fronte a scenari sempre più caratterizzati da un forte divario tra risorse disponibili e domanda di salute che è in continua crescita in seguito all'allungamento della durata media di vita e al conseguente aumento delle patologie croniche.

Per soddisfare queste esigenze occorre pensare ad un rafforzamento delle cure primarie ed alla promozione dell'integrazione e del coordinamento tra Medici di Medicina Generale, altri Professionisti sanitari e Specialisti ospedalieri, per arrivare all'istituzione di servizi sempre più a portata del cittadino ovvero le "Case della Salute"(CdS). La CdS è la sede di erogazione dell'insieme delle cure primarie

rappresentate dai servizi sanitari, socio-sanitari e socio assistenziali rivolti alla popolazione dell'ambito territoriale di riferimento del Nucleo di Cure Primarie (NCP).

E' un presidio del Distretto la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie.

La CdS facilita i percorsi e i rapporti tra i servizi sanitari e sociali - tra loro integrati - e i cittadini, e restituisce alla popolazione una visione unitaria del problema della salute, contemperando il diritto alle cure di ogni cittadino con la riorganizzazione del welfare locale.

Le CdS costituiscono un punto di riferimento rivolto ai cittadini per l'accesso alle cure primarie, un luogo in cui si concretizzi sia l'accoglienza e l'orientamento ai servizi, che la continuità dell'assistenza, la gestione delle patologie croniche ed il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale.

Il termine e il significato di "Casa della Salute" sono stati proposti per la prima volta da Giulio Maccacaro, ricercatore e ispiratore di 'Medicina Democratica', in uno scritto del 1972 ben prima della legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN, L. 833/1978).

Trenta anni dopo, nel 2002, tale ipotesi di riorganizzazione dei servizi sanitari di base è stata ripresa da Bruno Benigni - ex-assessore alla Sanità della Toscana - in "una prima nota" per il Comune di Castiglion Fiorentino (AR). Ne seguì un convegno nazionale dello SPI-CGIL "Le cure primarie e la Casa della Salute" (2004).²

La CdS è pertanto quel complesso di servizi che, a partire dalla medicina di gruppo facilita l'accesso e i percorsi assistenziali dei malati di un territorio sub-distrettuale (15-25 mila abitanti circa) e al

² Il convegno presieduto dal Ministro della Salute, Livia Turco, aveva a tema: "La casa della Salute, luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale", Roma, 22 marzo 2007.

tempo stesso favorisce pratiche di prevenzione primaria e secondaria e interventi riabilitativi. In tal modo viene garantita la "promozione della salute" con lo spostamento del baricentro dell'intervento dall'ospedale al territorio e la corresponsabilizzazione dei cittadini organizzati.

La CdS si basa sul "paradigma dell'iniziativa", ovvero sul principio che sono gli operatori ad andare verso i cittadini con problemi di salute o a rischio di perderla e non invece il contrario ("paradigma dell'attesa"), favorendo l'accessibilità di tutti alle cure primarie. La presa in carico si basa su un'azione concertata e consapevole dei diversi servizi e attori e non sulla somma di questi. Tale organizzazione innovativa delle cure primarie garantisce risposte certe e tempestive e un ricorso ottimizzato a visite specialistiche e a diagnostica strumentale e, soprattutto, garantisce "continuità assistenziale" che per realizzarsi concretamente deve sostanziarsi in un sistema informativo/informatico atto a favorire il passaggio automatico delle informazioni da operatore ad operatore e da servizio a servizio. In tal modo è possibile, da una parte, monitorare le condizioni di salute di un malato e conoscere gli esiti del trattamento che riceve e, dall'altra, misurare l'appropriatezza delle cure e il costo dei consumi di farmaci e prestazioni per tipologie di pazienti. La CdS con la sua attività ambulatoriale realizza altresì una interazione costante con gli specialisti dell'ospedale, con il servizio dell'assistenza domiciliare e con le strutture per le cure intermedie (dimissioni protette) e promuove direttamente l'autogestione delle patologie croniche educando l'utenza a stili di vita e di alimentazione corretti - il "paziente esperto" permette una migliore compliance - e rendendo partecipi i familiari "family learning". Inoltre è in grado di attrarre le migliori forze del volontariato organizzato locale come

risorsa autonoma e complementare in grado di aggiungere qualità agli interventi della struttura. Dalle esperienze esaminate nelle prime ricerche sulle CdS sperimentali o di recente fondazione emerge come tale rapporto manchi di sistematicità, è tendenzialmente sporadico o non intrecciato con la programmazione della CdS.

E' evidente anche l'aspettativa di una riduzione dei costi della salute in quanto la CdS attua una più capillare ed efficace azione preventiva, una funzione terapeutica mediamente più tempestiva e a minor intensità tecnico-assistenziale, una riduzione dei ricoveri impropri, una spesa farmacologica controllata e uniforme, così come lo è il ricorso alla diagnostica. Se ben organizzata la CdS riduce altresì le liste di attesa per le visite specialistiche. I cittadini dimostrano di apprezzare la CdS dopo aver vissuto la stessa fase iniziale di incertezza o di titubanza dei MMG per il timore, di entrambi, di perdere il rispettivo contatto sul territorio. La testimonianza comune di operatori e responsabili è che nell'immaginario dei cittadini la CdS sia ormai un «punto di riferimento», una struttura riconosciuta, un luogo ben identificabile e vicino in cui trovare risposte a tutti i bisogni di salute che possono essere fornite fuori dall'ospedale.

Quindi le finalità della CdS si racchiudono nel prendersi cura delle persone nei loro luoghi di vita, offrendo risposte articolate

La CdS racchiude tutti gli elementi utili per:

- bisogni complessi attraverso l'organizzazione di servizi e attività.
- intercettare il bisogno e la domanda
- facilitare l'accesso ai servizi di assistenza territoriale, sanitaria e socio-sanitaria
- erogare nell'ambito appropriato attività di assistenza primaria
- gestire la cronicità
- Promuovere la salute e prevenire le malattie dei singoli e delle

comunità

- Favorire l'empowerment della persona, sana o malata, come singola, nucleo familiare, gruppo di pazienti, comunità

- Valorizzare le potenzialità e le sinergie delle comunità locali – *Welfare Community*

La CdS come sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso attraverso:

- Accoglienza e orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari, sociali e assistenziali

- Assistenza sanitaria per problemi ambulatoriali urgenti

- Possibilità di completare i principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale

- Gestione delle patologie croniche, attraverso l'integrazione dell'assistenza primaria coi servizi specialistici presenti, nonché attraverso l'approccio di medicina d'iniziativa

- Integrazione e valorizzazione delle competenze delle diverse professionalità coinvolte

- Condivisione dei percorsi assistenziali

In generale emerge che la CdS permette a ciascun professionista di esprimere al meglio la propria specificità, di realizzare in pieno le proprie competenze in una costante dinamica di confronto interprofessionale e la figura che più viene valorizzata come risorsa strategica nel trattamento dei pazienti cronici è quella dell'infermiere in virtù delle competenze e delle responsabilità che gli sono proprie.

Le CdS rappresentano un modello organizzativo che la Regione Emilia-Romagna sta realizzando su tutto il territorio. Un unico luogo, vicino e abituale dove essere assistiti e dove si concentrano tutti i servizi e i professionisti. Nelle CdS l'assistenza avviene attraverso l'azione congiunta dei medici di famiglia, dei pediatri, dei medici

specialisti, degli infermieri, delle ostetriche, degli operatori socio assistenziali, del personale allo sportello.

Le funzioni chiave della CdS sono sintetizzabili in:

1. accesso o accoglienza e orientamento rispetto alle attività e alle loro modalità di funzionamento per i cittadini, i pazienti e i caregiver. Si tratta di una funzione in cui gli aspetti relazionali e comunicativi sono determinanti, e in cui le organizzazioni di volontariato possono avere un ruolo di rilievo.

2. valutazione del bisogno

Si tratta di una valutazione che deve essere il più possibile integrata (sanitario e sociale) al fine di identificare i bisogni delle persone nella loro complessità, ed orientare con maggiore efficacia i pazienti e i caregiver verso la risposta maggiormente appropriata: assistenza domiciliare, assistenza semi-/residenziale, inserimento lavorativo, e altre forme di risposta anche di natura economica (es. assegno di cura).

3. aree integrate di intervento

Come «garanzia» per la popolazione della qualità dei percorsi di prevenzione e cura (es. appropriatezza, equità, continuità).

Le attività realizzate nella CdS a media/alta complessità sono articolate in aree integrate di intervento sulla base della intensità assistenziale :

- prevenzione e promozione della salute;
- ➔ popolazione con bisogni occasionali-episodici;

- benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni;
- prevenzione e presa in carico della cronicità;
- non autosufficienza;
- rete cure palliative.

All'interno di ciascuna area le diverse attività sono organizzate per percorsi, programmi, progetti secondo uno stile di lavoro in équipe multiprofessionale e interdisciplinare.

Tre le tipologie, piccole, medie e grandi, con la continuità assistenziale che arriva ad essere su tutte le 24 ore, con la presenza accanto all'accoglienza e ai medici di medicina generale, di prestazioni specialistiche, servizi di vaccinazione e screening, palestre per riabilitazione e i servizi sociosanitari.

(Nuova Delibera)

Nella CdS è presente un responsabile organizzativo, preferibilmente Infermiere con competenze gestionali e organizzative. Il responsabile organizzativo ha la responsabilità di coordinare il *board* gestionale-organizzativo e in condivisione col *board*:

- predisporre il piano operativo, nel quale sono definiti gli obiettivi operativi e le azioni, nel rispetto delle risorse messe a disposizione, sulla base degli obiettivi assegnati a livello aziendale e distrettuale;
- promuove il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e dei cittadini competenti nelle attività delle CdS; utilizzando anche forme innovative e orientate alla partecipazione (es. *Community Lab*);
- supporta il Direttore di Distretto nel monitorare e rendicontare i risultati conseguiti dalla CdS.

E' competenza specifica del responsabile organizzativo:

- facilitare le relazioni tra i componenti del *board*, e più in generale tra tutti gli attori della CdS;
- programmare e monitorare la organizzazione e il funzionamento delle attività di orientamento e di accesso ai servizi
- programmare e monitorare la realizzazione delle attività dal punto di vista organizzativo e logistico;
- supportare la corretta alimentazione dei flussi informativi;
- gestire le funzioni manutenzioni, acquisti e forniture di servizi / utenze ed eventualmente altre funzioni connesse con gli aspetti organizzativi della CdS.

Il *board* rappresenta l'organismo formale e sostanziale di partecipazione alle decisioni da parte dei principali attori della CdS. La collegialità nelle decisioni consente una più efficace integrazione delle diverse competenze professionali e tecniche presenti nella CdS. I partecipanti al *board* effettuano incontri periodici, sulla base dei temi e dei problemi da affrontare; essi partecipano al coordinamento della CdS analizzando i problemi di carattere organizzativo e clinico-assistenziale, identificando soluzioni condivise e verificando l'andamento delle attività.

I componenti del *board* sono:

- responsabile organizzativo della CdS (che coordina il *board*);
- direzione distrettuale;
- direzione Dipartimento Cure Primarie (in specifiche occasioni, es. valutazione obiettivi di budget);
- il coordinatore/coordinatori del/dei NCP;
- coordinatore assistenziale;
- servizio sociale territoriale;

- referenti di area/referente clinico, a seconda del tema affrontato;
- referente Ospedale di Comunità, se presente;
- referente Cure palliative;
- rappresentanti della comunità e delle associazioni di cittadini;
- a seconda del tema trattato, eventualmente altre figure professionali (es. personale specialistico con rapporto di convenzione con il Servizio Sanitario Regionale o di dipendenza).

Oltre al responsabile organizzativo e al *board* gestionale-organizzativo, nella CdS sono presenti i referenti di area e il coordinatore assistenziale, per il coordinamento delle attività di natura strettamente clinica e assistenziale.

Il coordinatore assistenziale è un infermiere a cui è affidata la gestione complessiva e l'integrazione organizzativo-funzionale dell'insieme delle professioni sanitarie che intervengono nel processo assistenziale garantendone la continuità e i necessari processi di integrazione multiprofessionale e multidisciplinare.

1.2. Riferimenti normativi

La nuova forma organizzativa ha ricevuto impulso nel 2006 con l'Accordo Stato Regioni (Rep. n. 2475), che confermava la necessità, già evidenziata nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003-2005, fino ad arrivare a quello più recente del 2016, di organizzare meglio il territorio trasferendovi risorse e servizi che erano assorbiti dagli ospedali e spostando l'attenzione sui Medici di Medicina Generale (MMG) e sui Pediatri di Libera Scelta (PLS) perché intraprendessero un percorso di superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio/ambulatorio individuale del medico, in favore di forme aggregate ed integrate di organizzazione che consentano, in sedi

uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini 24 ore al giorno per 7 giorni a settimana.

Per quel che riguarda la normativa regionale si sottolinea il D.G.R. n. 291/2010 che rappresenta l'atto con cui la Regione avvia ufficialmente il progetto delle CdS inteso come evoluzione naturale dei NCP.

1.3. La situazione in Emilia-Romagna

Attualmente sono 84 le CdS in Emilia-Romagna, diffuse in modo capillare in tutta la regione e con un bacino di utenza di quasi 2 milioni di residenti. La maggior parte si trova in aree rurali e di collina, poi in aree montane e nei capoluoghi di provincia. Finora sono stati spesi 68,2 milioni di euro per le Case già operative, ne sono programmate altre 38 per circa 52,6 milioni di euro (che comprendono anche risorse destinate alle strutture delle aree colpite dal sisma del 2012).

SEZIONE 2: MODELLI DI RIFERIMENTO

In questa sezione sono descritti i modelli teorici e normativi di riferimento utilizzati per lo sviluppo del progetto di lavoro

CAPITOLO 2 Chronic Care Model

Gli Ambulatori Infermieristici nascono concettualmente e operativamente nei paesi anglosassoni (Ambulatori Care Nursing) negli anni '70, inseriti in strutture ospedaliere o extraospedaliere. L'obiettivo era eseguire le prestazioni infermieristiche che venivano impropriamente erogate nell'ambito di un'assistenza ospedaliera e che determinavano un incremento dei costi di tutto il Sistema Sanitario.

La finalità dei servizi ambulatoriali infermieristici, erogati in una struttura territoriale piuttosto che ospedaliera, è quella di promuovere la salute, prevenire le complicanze e gestire problemi assistenziali legati a stati acuti o cronici di malattia; sia attraverso le singole prestazioni che educando la persona a mantenere uno stile di vita adeguato alle sue condizioni di salute.

I sistemi sanitari nazionali si prospettano ad affrontare, nei prossimi anni, scenari sempre più caratterizzati da un divario tra risorse disponibili e domanda di salute, destinata a crescere a causa dell'allungamento dell'aspettativa di vita e della maggiore incidenza di patologie croniche.

Studi epidemiologici condotti dal Ministero della Salute (2008) mettono in evidenza le principali patologie croniche emergenti tra la popolazione italiana che si identificano essenzialmente, per ordine di

incidenza maggiore, nelle artrosi (18,6%), nell'ipertensione arteriosa (13,9%), nelle malattie allergiche (10,9%), nella cefalea (7,8%), nella depressione ed ansietà cronica (5,4%), nell'osteoporosi (5,3%), nel diabete (4,6%) e nella bronchite cronica (4,5%); patologie croniche che aumentano ancora ed ancora se si tratta di pazienti sessantacinquenni ed oltre.³

Le patologie riscontrate, infatti, si possono affrontare con efficacia con la prevenzione primaria e secondaria, con l'educazione alla salute, con stili di vita appropriati, con un sistema di cure primarie integrate con la specialistica e con i servizi sociali. E si tratta di servizi che hanno tutti il loro baricentro nel territorio, fuori dell'ospedale. Da questo presupposto nasce l'esigenza di un mutamento del sistema sanitario, spostando il baricentro dall'ospedale al territorio, superando le separazioni e realizzando l'unitarietà e la circolarità del sistema.

L'attuale contesto epidemiologico (progressiva cronicizzazione delle malattie) ed economico-finanziari (razionalizzazione e ottimizzazione delle spese e dei costi di funzionamento della sanità) ha evidenziato la necessità di riorganizzazione dei servizi territoriali in modo speculare al miglior uso in termini di appropriatezza dell'ospedale.

Per le sue caratteristiche innovative la Casa della Salute costituisce una risposta più idonea e rispetto all'assistenza tradizionale perché ispirata a modelli di assistenza per la presa in carico della cronicità come il Chronic Care Model (CCM).

Questo modello si utilizza per la presa in carico di patologie croniche come il diabete mellito tipo 2, lo scompenso cardiaco, ictus, BPCO.

³ ISTAT- Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2005

Nell'ambito delle cure primarie la riprogettazione deve:

- Promuovere il lavoro in team, l'interdisciplinarietà e il coordinamento clinico, educativo, comportamentale e assistenziale dei professionisti come condizione necessaria per affrontare i bisogni dei pazienti, in particolare affetti da patologie croniche;
- Favorire una logica di partnership tra sanitario e paziente nella pianificazione del percorso di cura, condividendo gli obiettivi di salute e definendo azioni, ruoli e responsabilità per raggiungerli;
- Sostenere e implementare sistemi di cure integrati per superare la frammentazione dei servizi, in una logica di integrazione tra ospedale e territorio, fra sanità e sociale con la realizzazione di percorsi assistenziali in continuità.

L'applicazione reale di quanto appena detto si configura appunto nell'istituzione degli ambulatori infermieristici per la gestione delle patologie croniche.

Il Chronic Care Model rappresenta uno dei modelli assistenziali più emblematici per la gestione dei pazienti cronici; la sua peculiarità sta nel fatto che questo modello punta ad un approccio "proattivo" basato sul fatto che i pazienti diventano parte integrante del processo assistenziale. Da questo nasce il cambiamento di paradigma: da una sanità d'attesa ad una sanità di iniziativa, che si afferma con la costituzione delle case della salute e con la rivisitazione dell'assistenza territoriale.⁴

Il chronic care model elaborato da Ed. Wagner, si basa su sei fondamentali elementi.

- ➔ Le organizzazioni sanitarie. Una nuova gestione delle malattie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli

⁴ Gavino Maciocco, Dipartimento di Sanità Pubblica Università di Firenze

erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria. Se ciò non avviene difficilmente saranno introdotte innovazioni nei processi assistenziali e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità dell'assistenza.

- ➔ Il supporto all'auto-cura. Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. Il paziente vive con la sua malattia per molti anni; la gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento di questa gestione – la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo, etc.), l'uso dei farmaci – può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi.
- ➔ L'organizzazione del team. La struttura del team assistenziale (medici di famiglia, infermieri, educatori) deve essere profondamente modificata, introducendo una chiara divisione del lavoro e separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici. I medici trattano i pazienti acuti, intervengono nei casi cronici difficili e complicati, e formano il personale del team. Il personale infermieristico è formato per supportare l'auto-cura dei pazienti, per svolgere alcune specifiche funzioni (test di laboratorio per i pazienti diabetici, esame del piede, etc.) e assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti. Le visite programmate sono uno degli aspetti più significativi del nuovo disegno organizzativo del team.
- ➔ Il supporto alle decisioni. L'adozione di linee-guida basate

sull'evidenza forniscono al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici. Le linee-guida sono rinforzate da un'attività di sessioni di aggiornamento per tutti i componenti del team.

→ I sistemi informativi. I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni: A) come sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida; B) come feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come i livelli di emoglobina A1c e di lipidi; C) come registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "*population-based*". I registri di patologia – una delle caratteristiche centrali del *chronic care model* – sono liste di tutti i pazienti con una determinata condizione cronica in carico a un team di cure primarie.⁵

Le sei componenti del *chronic care model* sono interdipendenti, costruite l'una sull'altra. Le risorse della comunità – per esempio le attività di una palestra – aiutano i pazienti ad acquisire abilità nell'auto-gestione. La divisione del lavoro all'interno del team favorisce lo sviluppo delle capacità di addestramento dei pazienti all'auto-cura da parte degli infermieri.

Obiettivo dell'assistenza non deve essere soltanto la cura dei sintomi, bensì la promozione della salute, la prevenzione primaria e secondaria delle ricadute, il miglioramento dello stato funzionale e della qualità della vita unitamente ad una maggiore attenzione al contesto sociale e relazionale della persona. Per raggiungere ciò occorre che il paziente al centro del sistema di cura.

⁵ www.saluteinternazionale.info

2.1. I percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)

La ridefinizione di modelli di "presa in carico" e di "continuità assistenziale" che mettono il paziente al centro dell'assistenza, trova supporto nello sviluppo e nel disegno di PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) che attraverso il coinvolgimento ed il coordinamento di professionisti/servizi diversi, rivedano non solo i comportamenti ed i percorsi all'interno dei nodi della rete ma anche i sistemi per governarli.

Il valore aggiunto dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (di seguito indicati con PDTA) è insito nella valorizzazione dell'esito "outcome" come obiettivo e non tanto come prodotto, nel coinvolgimento multidisciplinare, che consente lo scambio di informazioni e la comprensione dei ruoli.

I PDTA sono interventi complessi basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team multidisciplinare.

La definizione di percorsi sanitari condivisi da ospedale e territorio risulta particolarmente indicata per una gestione razionale, efficace ed economica delle patologie croniche ad elevata prevalenza che richiedono un approccio metodologico coordinato, su tempi medio/lunghi con il coinvolgimento dell'assistito.

La costruzione di un "percorso" prevede la definizione degli obiettivi, dei ruoli e degli ambiti di intervento, a garanzia della chiarezza delle informazioni all'utente e dei compiti agli operatori, migliorando la riproducibilità, l'uniformità delle prestazioni erogate e riducendo l'evento straordinario.

I PDTA sono strumenti che permettono alle aziende sanitarie ed ospedaliere di delineare, rispetto ad una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile. In particolare, quando si costruisce un PDTA risulta fondamentale indicare i punti critici, gli obiettivi generali e specifici, i documenti di riferimento, i destinatari, gli attori, le modalità organizzative, i compiti ed i ruoli.

Da diversi anni, i PDTA vengono utilizzati per migliorare la qualità ed efficienza delle cure, ridurre la variabilità nelle cure e garantire cure appropriate al maggior numero di pazienti.

Obiettivo generale sarà utilizzare lo strumento PDTA per promuovere percorsi di miglioramento delle cure ed assicurare l'effettiva presa in carico di determinate categorie di pazienti unitamente alla maggiore integrazione dei servizi. Verranno altresì sviluppati sistemi di valutazione che consentiranno di monitorare e valutare l'impatto clinico ed economico dei percorsi implementati.⁶

Il sistema sarà quindi finalizzato al raggiungimento di cinque grandi obiettivi:

- 1.assicurare collegamenti con disegni di prevenzione primaria e diagnosi precoce;
- 2.ottenere e mantenere nel tempo un buon controllo della malattia;
- 3.prevenire e curare le complicanze, le comorbidità e le disabilità;
- 4.garantire la qualità di vita, anche attraverso modelli di welfare di comunità;
- 5.ottimizzare l'uso delle risorse disponibili (economiche, umane, strutturali, organizzative).

Per raggiungere tali obiettivi appare utile:

- promuovere l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione;
- adottare interventi finalizzati alla diagnosi precoce delle patologie

⁶ Piano Nazionale Cronicità, Ministero della salute

- croniche e delle condizioni di rischio che le precedono;
- educare il paziente ad una autogestione consapevole della malattia e del percorso di cura;
 - creare un'adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle comorbidità, della cronicità "ad alta complessità", della non - autosufficienza e delle condizioni di fragilità e/o di disagio o esclusione sociale;
 - realizzare la continuità assistenziale semplificazione le procedure per facilitare l'accesso del paziente alle cure e stabilendo una integrazione efficace dei diversi livelli (ospedale e territorio, medicina di base e specialistica, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali, centri diurni ecc.)
 - definire i processi di cura con l'applicazione della EBM e delle Linee guida;
 - monitorare i processi di cura realizzando adeguati sistemi informativi;
 - definire ruoli, competenze, attività e risultati attesi di tutti gli attori in tutti i livelli assistenziali;
 - allocare risorse idonee all'ottenimento dei risultati.

CAPITOLO 3 La Ruota di Deming

Per la messa in opera del nostro progetto ci si avvale del metodo PDCA o ruota di Deming ⁷ che rappresenta uno strumento gestionale caratterizzato dall'approccio per processi.

Esso rappresenta un modello utilizzato per promuovere una cultura della qualità che è tesa al miglioramento continuo dei processi e all'utilizzo ottimale delle risorse.

Il ciclo PDCA viene spesso citato anche con termini diversi: ciclo di Deming o ciclo di Shewhart che ne hanno parlato più diffusamente.

Al di là delle espressioni utilizzate, si tratta di un approccio interessante al miglioramento continuo come parte integrante della gestione della qualità.



Il termine PDCA è in realtà un acronimo in cui le lettere hanno il seguente significato:

⁷ www.humanwareonline.com

- **Plan:** Pianificazione
- **Do:** Applicazione in via sperimentale di quanto pianificato
- **Check:** Controllo dei risultati e verifica della compatibilità con quanto pianificato
- **Act:** Implementazione delle soluzioni che hanno superato le verifiche.

Il ciclo PDCA può essere impiegato quando:

- è necessario apportare dei miglioramenti ad un processo;
- si sta definendo e progettando un nuovo processo;
- quando si implementano dei cambiamenti ad un processo già esistente o un progetto;
- quando si definisce un nuovo servizio o prodotto.

Nel seguito vengono analizzate le quattro fasi di questo metodo.

Ciclo PDCA: la fase Plan

Consiste nella definizione di ciò che deve essere fatto per risolvere un problema o migliorare un processo e nella successiva pianificazione delle azioni da svolgere.

Nel dettaglio le attività previste sono:

- Precisazione degli obiettivi del miglioramento da attuare
- Raccolta dei dati relativi al problema o processo

- Mappatura del processo utilizzando un diagramma di flusso od altro strumento utile
- Individuazione delle cause principali dei vincoli da rimuovere
- Determinazione degli interventi necessari per risolvere la situazione
- Determinazione dei risultati attesi
- Definizione delle responsabilità per la fase di attuazione
- Pianificazione delle azioni da svolgere
- Pianificazione delle risorse

La fase Do

Durante questa fase del PDCA, vengono attuate le soluzioni ed i piani precedentemente definiti:

- I responsabili individuati mettono in pratica le azioni previste
- Ogni soluzione è implementata per un periodo di prova
- Viene verificata l'adeguatezza delle soluzioni adottate rispetto agli obiettivi attesi
- Vengono formati i dipendenti sulle nuove modalità operative a fronte delle soluzioni adottate

La fase Check

Successivamente alla prima applicazione delle soluzioni progettate, queste vengono sottoposte ad un controllo nel tempo per verificare la sostenibilità di quanto realizzato ed eventualmente approfondire cosa non ha funzionato.

In questa fase del PDCA occorre riprendere le attività di analisi delle cause dei problemi per individuare cosa deve essere fatto per superare le difficoltà o le anomalie che ancora persistono.

La fase Act

Una volta che le soluzioni adottate hanno dimostrato di funzionare, è opportuno procedere a:

- Standardizzare il miglioramento ottenuto applicandolo in via definitiva
- Individuare eventuali esigenze di formazione del personale per rendere operative le soluzioni adottate
- Continuare a monitorare la situazione ripetendo il ciclo più volte fino a raggiungere i miglioramenti desiderati
- Individuare altre opportunità di miglioramento

Il PDCA è un modello per il miglioramento continuo dei processi e dei progetti, per cui, una volta raggiunti gli obiettivi iniziali, si passa a fissare nuovi obiettivi per aumentare il livello qualitativo ed abbattere le non-conformità.

CAPITOLO 4 Health Belief Model

Tra i vari modelli che affrontano lo studio del cambiamento circa i comportamenti di salute quello che offre la panoramica più ampia di queste dinamiche, che fornisce gli spunti più adeguati su cui riflettere per la pratica infermieristica, e che tiene in maggior conto la dimensione valoriale dell'esperienza e della persona è il modello Health Belief Model (HBM).

The Health Belief Model

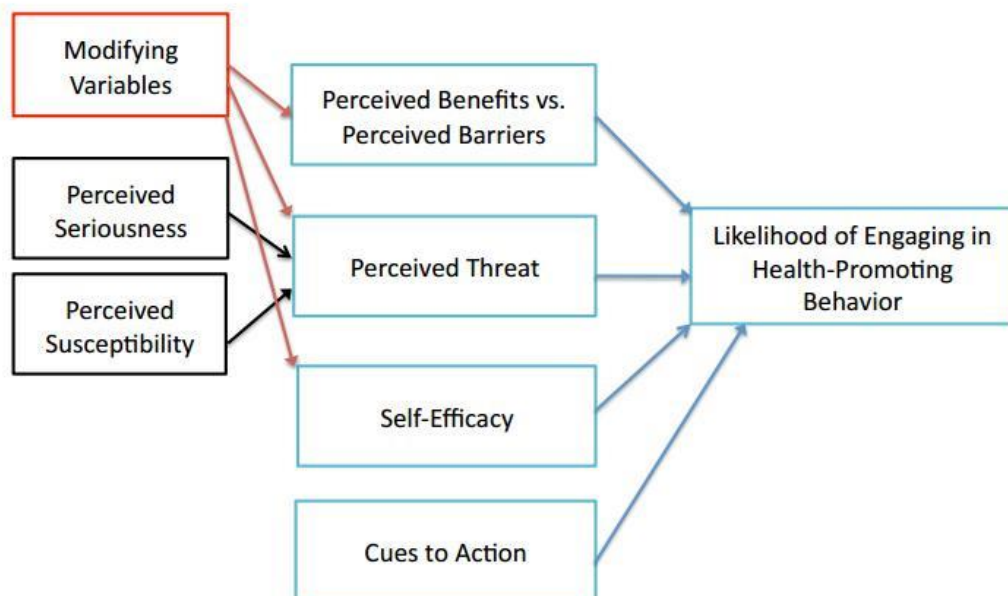


Figura 1 Health Belief Model: articolazione dei costrutti del modello

Il modello HBM è un modello psicologico di cambiamento di comportamento di salute sviluppato per spiegare e prevedere i comportamenti relativi alla salute, in particolare per quanto riguarda

la diffusione dei servizi sanitari. Il modello HBM è stato sviluppato nel 1950 e rimane una delle teorie più note e più utilizzate nella ricerca sui comportamenti di salute. Questo modello suggerisce che le credenze delle persone riguardo i problemi di salute, i possibili benefici percepiti, le barriere all'azione, e il senso di auto-efficacia spieghino l'impegno (o la mancanza di impegno) nell'adozione di un comportamento di promozione della salute.

I seguenti costrutti del modello HBM sono diversi da individuo a individuo e servono a predire l'impegno in comportamenti correlati alla salute ad esempio, vaccinazione, screening per malattie asintomatiche, esercizio fisico ed altri.

Percezione della gravità

La gravità percepita si riferisce alla valutazione soggettiva della gravità di un problema sanitario e delle sue conseguenze potenziali.

Il modello di credenza sanitaria suggerisce che gli individui che percepiscono un dato problema di salute come serio sono più propensi a impegnarsi in comportamenti per impedire il problema della salute (o ridurre la gravità). La serietà percepita comprende le convinzioni circa la malattia stessa (ad esempio, se è pericolosa per la vita o può causare disabilità o dolore) nonché gli impatti più ampi della malattia sul funzionamento del lavoro e dei ruoli sociali.

Suscettibilità percepita

La suscettibilità percepita si riferisce alla valutazione soggettiva del

rischio di sviluppare un problema di salute.

Il modello di credenza sanitaria prevede che gli individui che percepiscono di essere suscettibili a un particolare problema sanitario si impegneranno in comportamenti per ridurre il rischio di sviluppare il problema della salute.

La combinazione della gravità percepita e della suscettibilità percepita è indicata come *minaccia percepita*. La gravità percepita e la suscettibilità percepita a una determinata condizione sanitaria dipendono dalla conoscenza della condizione. Il modello prevede che una maggiore minaccia percepita porta a una maggiore probabilità di impegno nei comportamenti che promuovono la salute.

Benefici percepiti

I benefici percepiti si riferiscono alla valutazione di un individuo sul valore o sull'efficacia del comportamento promuovente alla salute per ridurre il rischio di malattia. Se un individuo ritiene che una particolare azione ridurrà la suscettibilità a un problema di salute o ridurrà la sua serietà, allora è probabile che si impegni a tale comportamento, indipendentemente da fatti oggettivi riguardo all'efficacia dell'azione.

Barriere percepite

Le barriere percepite si riferiscono alla valutazione di un individuo sugli ostacoli al cambiamento del comportamento. Anche se un individuo percepisce una condizione di salute come minacciosa e ritiene che una particolare azione riduca efficacemente la minaccia, le barriere possono impedire l'impegno nel comportamento

promuovente della salute. In altre parole, i vantaggi percepiti devono superare le barriere percepite in modo che il cambiamento di comportamento si verifichi. Le barriere percepite per intraprendere azioni comprendono gli inconvenienti, le spese, i pericoli percepiti (ad esempio gli effetti collaterali di una procedura medica) e il disagio (ad esempio, dolore, disturbo emotivo) implicati nel comportamento.

Variabili individuali

Le caratteristiche individuali, comprese le variabili demografiche, psicosociali e strutturali, possono influenzare le percezioni (cioè la percezione della serietà, della suscettibilità, dei benefici e delle barriere) dei comportamenti correlati alla salute. Le variabili demografiche includono ad esempio l'età, il sesso, la razza, l'etnia e l'istruzione. Le variabili psicosociali includono, tra l'altro, la personalità, la classe sociale e la pressione del gruppo di riferimento. Le variabili strutturali includono la conoscenza di una determinata malattia e il contatto preventivo con la malattia, tra gli altri fattori. Il modello suggerisce che le variabili individuali influenzano indirettamente i comportamenti correlati alla salute influenzando la percezione della serietà, della suscettibilità, dei benefici e delle barriere.

Spunto per l'azione

Il modello HBM indica che è necessario uno spunto all'azione, per richiedere l'impegno nei comportamenti che promuovono la salute. Le indicazioni per l'azione possono essere interne o esterne. I segnali fisiologici (ad es. Dolore, sintomi) sono un esempio di segnali interni.

I segnali esterni includono eventi o informazioni provenienti da altri, dai media, o dai fornitori di assistenza sanitaria, promuovendo l'impegno nei comportamenti correlati alla salute. Esempi di suggerimenti per l'azione includono una cartolina di promemoria da un dentista, la malattia di un amico o un membro della famiglia e le etichette di avvertimento sulla salute del prodotto.

L'auto-efficacia

L'auto-efficacia si riferisce alla percezione di un individuo della sua competenza di eseguire con successo un comportamento. L'auto-efficacia è stata aggiunta al modello nel tentativo di spiegare meglio le differenze individuali nei comportamenti sanitari.

Promuovere l'autoefficacia consiste nel sostenere la fiducia in sé stessi e la capacità di influenzare il cambiamento riscontrabile nei risultati.

Il modello HBM è stato utilizzato per sviluppare interventi efficaci per cambiare i comportamenti relativi alla salute sfruttando gli aspetti in cui si articolano i costrutti principali del modello. Uno stimolo, o spunto per l'azione, devono comunque essere presenti al fine di attivare il comportamento di promozione della salute.

Gli interventi che utilizzano il modello HBM possono mirare ad aumentare la suscettibilità percepita e severità percepita di una condizione di salute/malattia, fornendo formazione circa la prevalenza e l'incidenza delle malattie, le stime di rischio, e informazioni sulle conseguenze della malattia (ad esempio di tipo sanitario, finanziario,

e le conseguenze sociali).

Gli interventi possono anche avere lo scopo di modificare in senso più corretto l'analisi costi-benefici nell'impegnarsi in un comportamento di promozione della salute (ad esempio, aumentando i benefici percepiti e diminuendo le barriere percepite), fornendo informazioni circa l'efficacia dei vari comportamenti per ridurre il rischio di malattia, l'identificazione degli ostacoli percepiti, fornendo incentivi a impegnarsi in comportamenti di promozione della salute, e coinvolgendo la rete supporto sociale del paziente o altre risorse per incoraggiare comportamenti che promuovono la salute.

Questi interventi possono essere mirati a livello individuale o a livello sociale.

Inoltre, gli interventi sulla base del modello HBM possono fornire spunti per l'azione. e migliorare ed aumentare il senso di auto-efficacia, in particolare per cambiamenti dello stile di vita più complessi (ad esempio, cambiare dieta o attività fisica, o la compliance ad a un complicato regime terapeutico).

Ai fini di questo report si è scelto di focalizzarsi sull'aspetto della compliance del paziente ritenuta un outcome spesso critico ma di assoluta importanza specialmente nell'ambito della cronicità.

Si definisce compliance alla terapia quel paziente che completa la terapia per almeno l'80%. Una compliance inferiore al 20% si definisce "resistenza".

L'osservanza e l'aderenza ai consigli e prescrizioni mediche è da considerare un elemento essenziale di qualsiasi terapia, che perde di efficacia se non viene effettuata con puntualità e precisione.

Per questo il paziente ha il diritto di essere informato in modo semplice ma preciso e di ottenere così una conoscenza approfondita

dei farmaci da assumere, del loro meccanismo d'azione delle loro caratteristiche e dei possibili effetti collaterali.

Una bassa compliance della terapia (casi di interruzione volontaria, assunzioni non complete, irregolarità nell'assunzione, errata conservazione) ne riduce l'efficacia e può favorire l'insorgenza di complicazioni, prolungamenti o non remissione della malattia.

Eventuali applicazioni di questo modello in relazione alla realtà ambulatoriale quale la CdS, mette in luce nuove strategie di intervento e di relazione con l'utenza. Tali strategie, oltre a evitare numerose incomprensioni e conflitti e a migliorare la compliance dell'utenza, avranno ricadute positive sull'alfabetizzazione sanitaria promuovendo migliore consapevolezza circa l'offerta dei servizi e stimolando nell'utenza un adeguato senso di presa a carico da parte del sistema.

CAPITOLO 5 Il coordinatore infermieristico, la normativa e il ruolo.

"Se si chiede a un manager quello che fa, probabilmente risponderà che "pianifica, organizza, coordina e controlla", ma se si va a vedere quello che fa, tutto diventa meno definito, difficilmente esprimibile a parole⁸

La figura del coordinatore infermieristico ha un percorso storico giuridico importante come quello dell'infermiere.

Al fine di capire l'importanza di questa figura, occorre ripercorrere la storia attraverso alcuni riferimenti legislativi:

- ➔ Il Regio Decreto del 1925 e 1929, istituiscono la figura di infermiera AFD (Abilitata alle Funzioni Direttive). Il titolo si poteva conseguire dopo il biennio della scuola convitto, frequentando un altro anno di studi.
- ➔ Riforma ospedaliera, fine anni sessanta, (D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128) prevedeva la figura del caposala, all'interno della dotazione del "personale sanitario ausiliario" e fra il personale di assistenza diretta, e nei vari articoli del decreto, era previsto: (Il caposala è alle dirette dipendenze del primario e dei sanitari addetti alla divisione, sezione o servizio).
- ➔ Attraverso l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, con il (D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761) prevedeva la figura del caposala, appartenente al ruolo sanitario, con il profilo professionale di operatore professionale di prima categoria e la posizione funzionale di " operatore professionale coordinatore".
- ➔ IL D.M. 739/1994 segna l'inizio del percorso che porterà alla definitiva consacrazione della professione infermieristica. Con

⁸ Mintzenberg

l'emanazione del profilo professionale l'infermiere diventa responsabile del percorso assistenziale, superando la responsabilità, limitata dal mansionario, alla mera esecuzione tecnica di disposizioni impartite dal personale medico.

- Legge 10 agosto 2000, n. 251, "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica". Istituzione del percorso universitario.
- Decreto del Ministero dell'Università 2 aprile 2001 sull'identificazione dei percorsi di laurea specialistica.
- La Legge 43 del 2006, introduce gli elementi di sviluppo della figura del coordinatore infermieristico:
 - Il riconoscimento dei professionisti coordinatori;
 - L'istituzione della figura di coordinamento nelle organizzazioni socio sanitarie;
 - I coordinatori sono coloro che possiedono il Master di primo livello in management o per le funzioni direttive.

La figura professionale introdotta con l'approvazione della Legge 1 febbraio 2006 n°43: questa legge istituisce la "funzione di coordinamento del personale infermieristico" con un percorso post laurea da effettuarsi attraverso il conseguimento del master in management.

Il coordinamento del personale infermieristico nelle aziende sanitarie pubbliche era in passato regolato dal D.M. 30/1/1982: subordinato ad una specifica esperienza professionale, almeno due anni di anzianità di servizio, ed al possesso imprescindibile del certificato di abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica, di durata annuale. Oggi il D.P.R. n°220/2001 che ha abrogato il D.M.

30/1/1982 ha apportato modifiche che hanno avuto un forte impatto sull'organizzazione dell'assistenza infermieristica nelle aziende sanitarie. Il recente disegno di legge, in discussione presso la Camera dei Deputati, recepisce alcuni dei suddetti rilievi sostanziali (che sono poi quelli indicati dall'O.M.S.) in merito alla funzione di coordinamento del personale infermieristico, prevedendo come requisito di accesso alla funzione il possesso del titolo di "management per le funzioni di coordinamento", conseguito in ambito universitario, oppure il certificato di abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica, al quale si aggiunge un'esperienza almeno triennale maturata nel medesimo profilo di base. Il provvedimento prevede anche l'iscrizione dei soggetti in possesso dei requisiti di coordinatore infermieristico presso il Collegio IPASVI.

Al coordinatore infermieristico oggi è richiesta una competenza più intellettuale, organizzativa, culturale, in linea con nuovi modelli organizzativi, al fine di garantire ai cittadini una protezione di salute individuale senza tuttavia non tralasciare il contenimento della spesa sanitaria.

Il coordinatore deve confrontarsi non solo con l'infermiere, ma anche con altre figure di diverso profilo, cercando di mantenere un equilibrio tra esse, affinché possano collaborare in team.

Il coordinatore infermieristico ha il compito di trasferire gli obiettivi della mission aziendale nella quotidianità del servizio in cui opera fungendo quindi da "raccordo".

La professionalità del coordinatore infermieristico si differenzia in parte a seconda della tipologia del servizio (natura delle prestazioni, modalità d'erogazione, livello di contatto con l'utenza, attrezzature da utilizzare, ecc.), ma vi è comunque una matrice comune che si esplica nelle competenze: competenze tecnico-specialistiche, capacità

comportamentali o relazionali e capacità concettuali, che determinano la modalità di approccio ai problemi e la capacità di giungere alla loro soluzione.

L'attività del coordinatore infermieristico si articola in diversi livelli organizzativi: ad esso è affidata la gestione degli infermieri e di tutte le figure di supporto; esplicitandosi nella messa in atto delle scelte legate alla pianificazione, all'orientamento e all'organizzazione del personale ad esso afferente. Nell'espletamento delle funzioni a lui affidate dovrà favorire sempre un'assistenza infermieristica completa e personalizzata per ogni paziente che va di pari passo con la gestione ottimale delle risorse, compresa la rilevazione dei bisogni formativi e la programmazione e attuazione di corsi ed eventi formativi in genere.

5.1. Il processo di management

Il processo di aziendalizzazione in ambito sanitario ha definito il passaggio da una gestione di stampo formale e burocratico a una gestione di tipo manageriale fondata sull'attribuzione di incarichi di tipo fiduciario e su verifiche periodiche dei risultati.

Il coordinatore oggi ha lasciato l'assistenza diretta ma continua ad operare su di essa creandone le condizioni attraverso l'applicazione del processo direzionale che prevede la pianificazione, l'organizzazione, la formazione, la direzione e il controllo.

Al coordinatore è richiesto di essere un manager, un leader e di svolgere un ruolo di rappresentanza per tutto quello che accade nell'unità operativa o nel servizio nel cui è opera: rappresenta l'organizzazione e la cultura esistente a livello infermieristico.

Si occupa delle soluzioni dei problemi, che costituiscono il suo principale campo d'azione, nonché dell'individuazione delle opportunità di sviluppo.

La presa di decisioni è la sua attività più frequente e tale aspetto richiede al coordinatore particolari conoscenze e abilità come la capacità di negoziare, la comprensione dei bisogni delle persone, la capacità di delegare, di promuovere e sostenere processi collaborativi e partecipativi motivando il personale.

Riassumendo, in definitiva, si possono ricondurre ed identificare tre grandi aree di competenza del coordinatore Infermieristico ovvero:

- le competenze di management
- le competenze relazionali o di leadership
- le competenze clinico-assistenziali.

Essere coordinatori significa assumere un ruolo manageriale caratterizzato da funzioni organizzative, gestionali, formative nell'ambito dell'assistenza infermieristica.

Nella creazione dell'ambulatorio a gestione infermieristica per la presa in carico della patologia diabetica il Coordinatore infermieristico riveste un ruolo molto importante in quanto rappresenta il collegamento tra necessità organizzative, esigenze clinico-assistenziali e obiettivi aziendali.

Egli fa da garante e da motivatore, è il leader del gruppo di lavoro che si interfaccia con i colleghi Infermieri, con le altre figure sanitarie, con i pazienti e con i care-giver.

In questo specifico contesto il ruolo del Coordinatore assume una valenza strategica in quanto agisce come facilitatore dei processi di cambiamento.

A monte del progetto al fine di promuovere processi di cambiamento

organizzativo secondo un'ottica di integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, il coordinatore ha effettuato una attenta analisi che ha portato alla elaborazione e attuazione di progetti di formazione necessari all'implementazione del servizio; ha creato opportunità di apprendimento e auto apprendimento e opportunità di condivisione delle conoscenze ed esperienze all'interno del contesto lavorativo comprendendo le necessità della propria équipe garantendo un clima di lavoro sereno stimolando i professionisti a mettersi in gioco e a sentirsi parte integrante del processo di erogazione delle cure. Ha individuato le conoscenze professionali strategiche per il buon funzionamento del gruppo di lavoro all'interno del sistema organizzativo.⁹

Tutto questo è svolto esercitando uno stile di leadership coerente con i processi di cambiamento da attuare e soprattutto orientando il proprio gruppo di lavoro verso il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Egli ha gestito il cambiamento organizzativo guidando e motivando il personale al cambiamento; organizzando il sistema in funzione delle attese del cittadino, dei fabbisogni organizzativi e della soddisfazione del personale individuando le criticità e i punti di debolezza.

⁹ Bagni G. Appunti dalle lezioni al master di I° livello in management infermieristico per le funzioni di coordinamento, Università degli Studi di Trieste, Facoltà di Medicina e Chirurgia.

SEZIONE 3 PROGETTO APPLICATIVO

In questa sezione è descritto il project work comprensivo di metodologia e criticità.

CAPITOLO 6 Il progetto di lavoro: raccolta, analisi dei dati e strategie.

Prima di ogni intervento di riorganizzazione aziendale si deve avere a monte una attenta analisi e diagnosi organizzativa che consenta di far emergere i punti critici sui quali intervenire e le priorità e le proposte di intervento concreto. Analisi non fatte, soluzioni pronte e semplicemente deliberate, l'assenza di una chiara esplicitazione e comunicazione di obiettivi rappresentano le cause più diffuse dei fallimenti nei processi di cambiamento.¹⁰

Alla luce di quanto appena esplicitato occorre pensare all'innovazione organizzativa come processo ovvero:

- 1) chiarire le spinte al cambiamento, perchè farlo?
- 2) analizzare la situazione esistente ed individuare i fabbisogni organizzativi, ovvero partire dai problemi
- 3) progettare il nuovo modello in modo contingente ovvero elaborare proposte e soluzioni specifiche
- 4) formalizzare il modello
- 5) implementare il nuovo modello

Ogni intervento deve essere visto come il tassello di un mosaico e contribuire al perfezionamento dello scenario desiderato.

Prendendo in esame alcuni dati elaborati dal Comune di Bologna e aggiornati al 31/12/2013 il quartiere Navile ha una superficie

1 0A. Tanese. L'innovazione organizzativa nelle aziende sanitarie. 1999

territoriale di 25.892 kmq con una densità di popolazione di 2.604,2 abitanti per kmq, la popolazione residente complessiva è di 67.429 abitanti, 8.292 da 0 a 14 anni, 8.879 da 15 a 29 anni, 33.899 da 30 a 64 anni, 16.359 oltre i 65 anni.¹¹

La speranza di vita alla nascita è di circa 79 anni per gli uomini e 84 anni per le donne.

La percentuale di anziani è superiore alla media nazionale.¹²

La popolazione regionale è in aumento, ma in modo diseguale nelle varie province.

L'Emilia-Romagna è caratterizzata da flussi migratori tra i più alti a livello nazionale; la percentuale di popolazione straniera arriva al 9,7% del totale: le percentuali maggiori sono concentrate nelle province emiliane.

Gli scenari futuri mostrano una tendenza all'invecchiamento della popolazione ed un aumento della componente multietnica.

In regione le persone adulte con diabete sono il 4,7% del totale della popolazione (circa 180mila persone; il dato è appena inferiore alla media nazionale: 4,9%). La prevalenza di diabete aumenta con età, basso livello d'istruzione e presenza di difficoltà economiche percepite e infine con l'eccesso ponderale. In tutte le classi di età gli uomini presentano un maggiore indice di prevalenza rispetto alle donne.

L'incidenza e la prevalenza del diabete sono in aumento, sia perché aumentano i fattori di rischio (eccesso ponderale, sedentarietà), ma anche perché aumenta la sopravvivenza grazie alla migliore assistenza.

Poco meno della metà delle persone di 18-69 anni (43% pari a

¹ ¹ www.comunedibologna.it, area programmazione, controllo e statistica.

¹ ² www.comunedibologna.it, area programmazione, controllo e statistica.

1.300.000) presenta un eccesso ponderale (32% sovrappeso e 11% obesi).¹³

L'eccesso ponderale è significativamente più frequente negli uomini, nella fascia con più di 50 anni, nelle persone con basso livello di istruzione o con molte difficoltà economiche.

La spesa media rilevata per assistito con diabete residente in regione è più che doppia di quella attribuita agli altri assistiti.

Il fenomeno in Emilia-Romagna è sostanzialmente stazionario negli ultimi anni e con minime oscillazioni tra i territori delle Aziende Usl. Il dato sale a 7,9% esaminando la fascia di età dai 35 anni in poi ed è in aumento (era 7,7% nel 2011, 7,5% nel 2010), con una sensibile differenza di genere (i maschi sono il 9,1% del totale delle persone dai 35 anni di età, le femmine sono 7,3%). In questa fascia di età, grazie alla gestione integrata dell'assistenza, sono in diminuzione i ricoveri: 24% del totale dei malati nel 2012 (25,8% nel 2011, 26,5% nel 2010). I minori con diabete sono circa 800 (nel 2012 i nuovi casi sono stati 125).¹⁴

Nello studio "OKkio alla Salute" in Emilia-Romagna il 20% dei bambini di 8-9 anni è risultato in condizione di sovrappeso e il 9% obeso, inferiore al dato nazionale (24% e 12% rispettivamente). I genitori sembrano non avere una percezione corretta sia dell'adeguatezza dell'apporto alimentare sia dello stato ponderale dei propri figli. E' presente una correlazione fra Indice di massa corporea (IMC) dei figli e dei genitori e che al crescere della scolarità dei genitori, in particolare della madre, nei figli si riduce il rischio obesità ed il consumo di bevande zuccherate, mentre aumenta il consumo di frutta e verdura.

Con la Federazione diabete Emilia-Romagna la Regione ha

1 3 www.salute.regione.emilia-romagna.it
1 4 www.salute.regione.emilia-romagna.it

recentemente condiviso il percorso diagnostico-assistenziale per bambini e adolescenti con diabete mellito di tipo 1, per favorire la diagnosi precoce e l'omogeneità negli interventi di assistenza e presa in carico in tutto il territorio. Da diversi anni la Regione finanzia campi estivi per bambini e adolescenti con diabete per migliorare la loro capacità di integrazione a partire dalla autogestione della malattia fino a potenziare l'autostima.

A tutto questo occorre associare, inoltre l'attenta valutazione del contesto socio – demografico nel quale si opera, infatti la Casa della Salute del quartiere Navile di Bologna sorge in un contesto demografico rappresentato da cittadini con etnie diverse e il 6,61% è affetto da diabete (agenzia sanitaria e sociale regionale 2014) di conseguenza è necessario agire sul vissuto di queste persone spiegando attentamente l'importanza di stili di vita adeguati in relazione alla patologia.

Il diabete è una malattia silenziosa; parafrasando il titolo della Conferenza: Diabete, una pandemia silenziosa, tenutasi lo scorso 21 aprile nell'ambito del Festival della Medicina a Bologna e svolta dal professore Giorgio Sesti,¹⁵ Presidente della Società Italiana di Diabetologia, anche il diabete e i diabetici sono dei malati silenziosi: non fanno rumore, non arrecano disturbo, e quatti quatti fanno le visite, esami prescritti con o senza imprevisti. Accanto ai casi noti non va dimenticato il milione di persone inconsapevoli della loro malattia. Perché spesso, e talora per anni e anni, il diabete non dà segni di sé. Partendo dal concetto che il paziente deve essere consapevole che la cura della sua malattia è per buona parte nelle sue stesse mani e che

1 5 Una pandemia silenziosa: il diabete mellito. Con Giorgio Sesti Presidente SID; a cura di: Società Italiana di Diabetologia e Fondazione Diabete Ricerca Onlus. VENERDÌ 21 APRILE 2017 ORE 18.00 – SALA DELLA CULTURA – PALAZZO PEPOLI. MUSEO DELLA STORIA DI BOLOGNA (via Castiglione, 8)

l'80% dei pazienti soffre di patologie croniche, ma meno del 50% segue correttamente le prescrizioni dei curanti, l'equipe infermieristica, con il coinvolgimento dei MMG, del dietologo, del dietista e dello psicologo, ha attuato un progetto di educazione terapeutica rivolta ai pazienti affetti da diabete con l'obiettivo di favorire un ruolo attivo del paziente nella gestione della sua malattia. La letteratura evidenzia che mediante la presenza di un infermiere con competenze specialistiche si osserva una diminuzione nel numero dei ricoveri nei pazienti diabetici con età > 75 anni, proprio per le sue capacità di sviluppare, nel paziente, le necessarie abilità e l'autonomia. ¹⁶

Essendo questo progetto di giovane età, ha preso il via nel maggio del 2016, e alla luce dei numeri appena esplicitati ma dato anche il crescente aumento della patologia in oggetto, il responsabile aziendale dei percorsi assistenziali ha ritenuto opportuno valutare la qualità del servizio erogato avvalendosi della tecnica del focus group. L'incontro si è tenuto nel gennaio 2016 presso la Casa della Salute del quartiere Navile di Bologna. All'incontro, della durata di circa 90 minuti, hanno partecipato il Responsabile aziendale dei PDTA, *il responsabile DATeR, il coordinatore UA ambulatori territoriali Navile Ausl Bologna, gli infermieri che operano nell'ambulatorio, un gruppo di pazienti e i rappresentanti dell'associazione diabetici di Bologna*. Il fine del focus group era quello di rilevare la qualità del servizio erogato prendendo in considerazione i suggerimenti.

I pazienti sono stati arruolati attraverso la collaborazione dei medici di medicina generale che, durante le visite ambulatoriali hanno proposto ai pazienti l'evento.

Hanno partecipato 11 persone con diabete e 2 familiari, di cui 9

¹ ⁶ Sampson et al. 2006.

uomini e 4 donne. L'età media dei partecipanti era di 68.5 anni (56-81) e il titolo di studio prevalente la licenza elementare. Tutti i partecipanti hanno espresso giudizio positivo in relazione alla qualità assistenziale ricevuta.

Gli aspetti identificati come elementi di qualità riguardano la relazione con l'equipe infermieristica, l'efficienza e l'efficacia del sistema.

E' emerso che il sentirsi presi in carico e orientati, con un tempo dedicato e modalità di comunicazione e relazione adeguate ha un ruolo importante nella percezione della qualità complessiva del servizio erogato.

Un punto di eccellenza è rappresentato dalla possibilità da parte del malato di sentirsi parte integrante del processo di cura assumendo un ruolo attivo nella gestione della propria malattia.

Oltre all'aspetto di presa in carico globale della persona, un altro elemento di qualità individuato è l'efficienza del sistema in termini di tempi d'attesa ridotti e percorsi diagnostico-terapeutici che prevedano il minor numero di passaggi possibile. Un modello assistenziale di grande efficienza identificato dai partecipanti è rappresentato dal fatto che in caso di problematiche esiste un filo diretto con il mmg.

Dagli elementi emersi dal focus group prendendo quindi come punto di vista quello degli assistiti possiamo concludere che una gestione della malattia diabetica basata sulla medicina d'iniziativa integrata con altre figure professionali (specialisti che a diverso titolo si occupano di diabete) e con il servizio specialistico di diabetologia sembra rispondere ai bisogni espressi dalle persone e generare un alto grado di soddisfazione.

I pazienti intervistati e i loro famigliari sono d'altra parte consapevoli dei vantaggi della nuova organizzazione che appare per lo più "migliore" di quella precedente in termini di accoglienza, informazione

e tempi di attesa più ridotti e si ritengono soddisfatti del loro rapporto con i medici e infermieri, in particolare, per aver sperimentato un rapporto di tipo fiduciario ad elevato valore relazionale (disponibilità, gentilezza, familiarità, fiducia, dialogo), unitamente alla qualità percepita delle prestazioni che li fa sentire tutelati, presi in carico effettivamente.

Nell'Azienda USL di Bologna, sono stati attivati circa 30 diversi PDTA. Tra questi, a livello territoriale, sono attualmente in via di implementazione, con un forte contributo degli Infermieri, quello sullo scompenso cardiaco, sul post ima, sulle ferite difficili e sul diabete.

Nella fattispecie, illustrerò di seguito il modello adottato dall'Azienda Usl di Bologna, (Azienda nella quale lavoro) relativo alla nascita del nuovo ambulatorio a gestione infermieristica per la presa in carico integrata e il trattamento del paziente con patologia diabetica all'interno del nuovo assetto organizzativo rappresentato dalla Casa della Salute del quartiere Navile di Bologna.

6.1 Introduzione del progetto

Questo progetto ha visto la luce nel maggio 2016. La finalità di questo progetto è quello di pianificare una realtà organizzativa nella quale l'obiettivo generale è quello di sviluppare un'area infermieristica dedicata alla presa in carico degli utenti diabetici il cui fine è quello di fornire alla persona diabetica:

- interventi strutturati di educazione terapeutica,
- conoscenze mancanti in tema di gestione corretta della malattia;
- far emergere abilità di interpretazione dei valori glicemici

rilevati con l'automonitoraggio

- renderla capace di apportare, se necessario, modifiche comportamentali farmacologiche, nutrizionali e di attività motoria.

Un progetto quindi dove il valore aggiunto è rappresentato dal far acquisire al diabetico un ruolo attivo e centrale nella gestione della propria malattia.

Il percorso è centrato su:

- coinvolgimento attivo del malato nel percorso assistenziale
- migliorare dello stile di vita dell'utente diabetico
- prevenire e curare le complicanze
- garantire una continuità di cura
- riduzione della spesa sanitaria
- riduzione degli accessi per scompenso diabetico ai servizi di secondo livello, deputati alla gestione di casi ad alta complessità assistenziale attraverso la presa in carico della cronicità del diabete all'interno delle case della salute.
- migliorare la consapevolezza che la persona affetta da diabete ha della malattia, della sua severità, e delle sue conseguenze al fine di valorizzare il proprio ruolo decisionale e l'autocura in collaborazione con i professionisti della salute
- migliorare l'aderenza alla terapia farmacologica ed alle indicazioni igienico-sanitarie atte a mantenere un adeguato stile di vita.
- migliorare l'autonomia nella gestione degli aspetti pratici, sociali e psicoemozionali connessi alla propria condizione.

I destinatari al quale è indirizzato il progetto sono gli utenti residenti nel quartiere Navile di Bologna con un'età superiore ai 55 anni e inquadrati in una delle seguenti condizioni:

- utenti con nuovo esordio di diabete insulino dipendente, diagnosticato dallo specialista o in dimissione ospedaliera quindi attraverso il pcap, dal medico di medicina generale
- agli utenti non insulino-dipendenti in fase di scompenso e che necessitano di un monitoraggio a termine;
- agli utenti insulinodipendenti in difficoltà , inviati dai MMG / diabetologi o che accedono spontaneamente all'ambulatorio;
- agli utenti con diagnosi di diabete di tipo 2, inseriti nel progetto diabete (in un secondo tempo, dopo aver incontrato i MMG e strutturato un percorso idoneo).
- agli utenti con complicanze del diabete, vedi piede diabetico.

Dal punto di vista organizzativo, in fase di progettazione, per quel che riguarda la distribuzione delle risorse, si è tenuto conto, nel rispetto del Dlgs. 81/08, dell'ergonomia organizzativa (tempi e ritmi delle attività) e dell'ergonomia cognitiva (carico di lavoro mentale) ; si è valutato attentamente il contesto nel quale ci si trova ovvero è di fondamentale importanza tenere presente che all'interno dei poliambulatori gli operatori hanno in buona percentuale età anagrafica elevata e, soprattutto, prescrizioni del medico competente per limitazioni fisiche (in prevalenza per movimentazione manuale dei carichi).

Alla luce dei dati epidemiologici analizzati in precedenza si è ritenuto opportuno collocare due risorse infermieristiche al mattino e due al pomeriggio.

L'ambulatorio cronici è aperto sulle 12 ore dal lunedì al venerdì ed il sabato mattina l'apertura prevede 6 ore. La turnazione prevede l'alternanza di una settimana al mattino e una settimana di pomeriggio con un sabato lavorativo nella settimana che si effettua il

turno del pomeriggio.

Allo momento non sono previste urgenze e reperibilità.

L'organizzazione prevede che a copertura di ferie, malattie, permessi per legge 104, vi è una unità sostitutiva specificamente ed adeguatamente formata per le attività di questo ambulatorio; i restanti operatori sono in via di formazione.

Inoltre, il sistema informativo in fase di implementazione, ci permette già da ora di raccogliere la storia clinica del paziente, il piano assistenziale, gli interventi attuati e i risultati raggiunti vengono registrati su apposita cartella informatizzata che è in rete ed è accessibile agli specialisti designati nel percorso di cura e al mmg. Questo permette di avere sempre un quadro clinico/assistenziale completo, aggiornato e facilmente reperibile; inoltre, non di secondaria importanza, è proprio attraverso la condivisione della cartella che si facilita l'integrazione fra le diverse figure professionali. Mediante questa modalità si contribuisce a dematerializzare la documentazione.

Sempre dal punto di vista organizzativo è stato necessario predisporre, data la tipologia di utenti afferenti al servizio, un percorso con il mediatore culturale e la traduzione della modulistica nelle principali lingue.

Di fondamentale importanza ha rivestito il ruolo della formazione sia sul campo che in aula anche attraverso le associazioni professionali che si occupano di diabete, vedi ad esempio OSDI in modo da promuovere un costante sviluppo professionale dei collaboratori. La crescente richiesta d'innovazione nel campo sanitario obbliga i professionisti della salute a un costante aggiornamento delle conoscenze relative ai modelli organizzativi, ai ruoli e agli strumenti operativi.

Oggi più che mai c'è bisogno di "appropriatezza" delle cure, di "sicurezza" per gli assistiti e per i professionisti, di ottenere strumenti dinamici, semplici e contestualizzabili e in grado di fornire elementi specifici e non più generici.

La formazione rappresenta un processo educativo attraverso il quale si trasferisce agli attori conoscenze e procedure utili a svolgere compiti e funzioni presso la struttura, pubblica o privata che sia, dove presta la propria attività professionale.

Il percorso che è in via di implementazione, come detto, necessita di un tipo di formazione dei Professionisti e degli Operatori coinvolti in questo setting assistenziale, mirato alle conoscenze delle problematiche clinico - assistenziali legate alle multi patologie che dovranno essere trattate, valutando attentamente tutte le variabili che si possono presentare al fine di far ottenere al Professionista una adeguata core competence, compresi gli aspetti della prevenzione e dell'educazione terapeutica e sanitaria con il fine ultimo di incrementare lo stato di salute del cittadino/paziente, con uno sguardo anche al contenimento della spesa sanitaria. Ciò prevede una formazione specifica e contemporanea degli operatori (sul campo o ad hoc), la costruzione di un linguaggio comune, la condivisione di modalità di lavoro, obiettivi e atteggiamenti verso l'utente; è indispensabile quindi l'identificazione di un "modello di lavoro" che funge da canovaccio per la comunicazione tra gli operatori e con il paziente.

6.2 Metodologia

P= PLAN, pianificare: in questa fase occorre fare una analisi dei bisogni assistenziali; occorre fare un'analisi dei bisogni formativi degli

operatori affinché possano essere in grado di gestire il programma; formulazione di una diagnosi infermieristica con l'elaborazione del piano di intervento, definendo precisamente gli obiettivi a breve e lungo termine e dei risultati attesi; attuazione del piano di trattamento e di prevenzione delle complicanze croniche ed infine valutazione della qualità di cura e dell'efficacia dell'assistenza erogata. Richiede una valutazione iniziale individuale dell'utente da parte dei professionisti per definire le modalità operative più idonee al singolo caso

- × pianificazione e realizzazione di percorsi educativi, singoli e di gruppo attraverso l'utilizzo di kit educativi e di addestramento per pazienti/care givers nelle diverse fasi della malattia e sulle diverse tematiche di autogestione
- × educazione del paziente attraverso il processo di nursing centrato sulla persona favorendone l'interazione e l'adattamento all'ambiente.
- × Incontri educazionali singoli: il paziente che accede all'ambulatorio, viene preso in carico dall'infermiera ed inserito in un percorso assistenziale al fine di risolvere le difficoltà riscontrate. Ogni incontro educativo viene ripetuto finché il paziente non avrà piena consapevolezza del problema che viene affrontato, coinvolgendo attivamente anche il care-giver ed i familiari nella gestione della malattia al fine di modificare lo stile di vita, migliorare la compliance alla terapia, riconoscere i sintomi clinici di un eventuale peggioramento. Ci si avvale di strumenti informativi cartacei al fine di rinforzare gli aspetti educazionali e gestionali della malattia.
- × Valutare le condizioni di salute, il decorso clinico e l'eventuale insorgenza di complicanze e relativo trattamento

- ✘ Promuovere l'adozione di corretti stili di vita nei soggetti diabetici;
- ✘ Pianificare un percorso con lo psicologo e con il dietista in quanto nella popolazione diabetica si riscontra una rilevante incidenza di disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi del comportamento alimentare, non accettazione della malattia che a loro volta influenzano la gestione della malattia stessa.
- ✘ Favorire l'empowerment del paziente al fine di renderlo consapevole e il primo gestore della sua malattia
- ✘ Attuare iniziative di counselling motivazionale individuale o di gruppo, indirizzando i soggetti a rischio o già malati verso un'adeguata presa in carico, anche con offerte derivanti dai programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare, ecc.)
- ✘ Educare l'utente diabetico circa la corretta gestione della terapia, il modo e le zone di somministrazione del farmaco; ciò verrà esplicitato attraverso la pianificazione di incontri formativi di gruppo una volta ogni quindici giorni . Gli incontri avranno la durata di circa 45 minuti. Il target degli incontri è indirizzato ad un piccolo gruppo di circa 10 utenti per seduta, con la possibilità di accesso per i familiari. Si ribadisce che un numero limitato di partecipanti ad ogni corso dovrebbe favorire la dialettica ed avere una forma colloquiale con possibilità di eventuali domande e risposte che meglio si addice ad un corso a carattere formativo-educativo. Ci si avvale del teach-back method¹⁷ come strumento di verifica in quanto ci permette di

¹ ⁷ Tamura -Lis W. Teach-Back for quality education and patient safety. Urol Nurs 2013 Nov-Dec;33(6):267-71, 298.

capire cosa l'utente ha appreso. Questo metodo consiste nel far ripetere all'utente ciò che gli è stato spiegato al fine di verificare che le istruzioni e le prescrizioni siano state effettivamente comprese. Il teach -back è una strategia comunicativa in cui dopo ogni concetto espresso, viene valutata la capacità che il paziente ha di richiamarlo, ripeterlo con parole proprie, avendolo compreso; può anche essere definito come "chiudere il cerchio" di acquisizione di informazioni su un nuovo concetto di salute. Infatti, la tecnica corretta di utilizzo del teach-back prevede che, dopo la trasmissione dell'informazione al paziente, si pone la domanda per far ripetere il messaggio e ne si valuta la risposta; se quest'ultima risulta essere imprecisa, va integrata, altrimenti si può ricominciare con un nuovo argomento, chiudendo così il cerchio.

È ampiamente sostenuto che esporre i concetti uno alla volta, ogni tanto fermarsi e verificare che il paziente stia ancora ascoltando e poi fargli ripetere con parole proprie quanto stato detto, è un'ottima tecnica comunicativa che gli infermieri possono mettere in atto nel processo educativo, riducendo al minimo il rischio di fraintendimenti, dubbi e incomprensioni .

In questa fase l'operatore deve fare particolare attenzione al proprio modo di esporre: voce, postura, motivazione, interesse, sintesi, modalità prolissa.

- × Durante le lezioni ci si avvale dell'utilizzo delle "conversation maps"; questo strumento è un programma educativo, che si avvale dell'utilizzo di mappe illustrate, finalizzato a migliorare la comprensione della patologia diabetica da parte del paziente, nonché al miglioramento degli stili di vita e dei comportamenti. Gli strumenti di Conversation Map si concentrano su una serie

di mappe schede interattive che aiutano a porre domande e offrono spunti per iniziare ed alimentare il dialogo tra persone con diabete ed operatori sanitari.

- × monitoraggio telefonico con cadenza settimanale.
- × Piede diabetico

Piano d'azione:

D= DO, fare ciò che è stato pianificato

Dal punto di vista organizzativo si procede nella seguente modalità:

- individuare gli interventi effettuabili nell'ambulatorio
- definire i criteri di accesso attraverso percorsi concordati
- individuare la sede ambulatoriale più idonea
- creare un sistema per favorire la medicina d'iniziativa
- favorire l'integrazione fra le diverse figure professionali;
- valutare il rapporto tra costo e beneficio del progetto.

6.3 Piano d'azione

1) individuare gli interventi effettuabili nell'ambulatorio concentrando gli sforzi sulla ricerca e la soddisfazione dei bisogni dell'utente. E' la motivazione a fornire servizi di qualità. Occorrerà presidiare l'omogeneizzazione dei comportamenti degli operatori al fine di facilitare l'erogazione di piani assistenziali che garantiscono al paziente uno standard assistenziale che non si differenzia a seconda del professionista che si ha di fronte. Questo si rende possibile attraverso la stesura di procedure e linee guida. Nella fattispecie gli interventi all'interno dell'ambulatorio si configurano nell'anamnesi, valutazione del grado di bisogno, effettuazione di interventi educativi singoli e di gruppo. SI EDUCA IL MALATO e/o il

CAREGIVER:

- _ Ad apprendere ciò che gli occorre sulla malattia e le cure.
- _ A compiere correttamente i gesti ed i compiti necessari alla sorveglianza e cura quotidiana della malattia.(check list con le azioni apprese)
- _ Ad assumere ruoli e funzioni precise nelle scelte ed azioni quotidiane riguardanti la sua salute.
- _ Ad interagire armonicamente con i curanti e con chi gli vive accanto.

Ma in che modo si può fare tutto questo?

- Esplorando il vissuto di malattia rispetto al grado di accettazione, rappresentazioni mentali, motivazione, self-efficacy,
 - negoziando con il paziente compiti e ruoli nella gestione della malattia e, conseguentemente , fissando contenuti ed obiettivi dell'apprendimento,
 - gestendo strategie e tecniche d'apprendimento pertinenti e attive (prevalentemente tutorato individuale)
 - valutando i risultati dell'apprendimento in termini di adeguatezza delle competenze osservate rispetto al profilo di competenza atteso.
- Tutto ciò si configura nell'educazione sanitaria e nell'educazione terapeutica dove la prima rappresenta lo strumento con il quale promuovere la salute e attuare modifiche sullo stile di vita e sui modelli di comportamento al fine di mettere in atto una prevenzione efficace e la seconda invece rappresenta il processo di cura.

2) definire i criteri di accesso attraverso percorsi concordati ovvero la creazione di percorsi attraverso i quali gli utenti vengono indirizzati all'ambulatorio. Occorre mantenere i contatti con i medici di medicina generale affinché questi possano inviare gli utenti che necessitano di risposte; mantenere un percorso con il servizio di dietologia affinché

gli utenti possano essere indirizzati per ottenere un corretto piano alimentare.

Si è riscontrata la necessità di implementare un percorso con il servizio di mediazione culturale che possa essere di supporto nelle spiegazioni cliniche/assistenziali indirizzato alla molteplicità di utenti extra-comunitari che accedono al servizio

3) nella Casa della Salute del quartiere Navile l'ambulatorio per la gestione della patologia diabetica è collocato al primo piano della struttura accanto all'ambulatorio infermieristico con attività "prestazionale" e accanto all'ambulatorio diabetologico; sullo stesso piano sono presenti gli ambulatori: chirurgico, dermatologico e quello per le medicazioni. La collocazione dell'ambulatorio delle cronicità, accanto agli altri ambulatori è proprio quella di avere una continuità nella presa in carico del caso.

4) mantenere un sistema per favorire la medicina d'iniziativa, attraverso un modello assistenziale per la presa in carico "proattiva" dei cittadini, e un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali. Ciò è reso possibile mediante l'istituzione della figura del "case manager" che ha tra i suoi fini, quello di organizzare la partecipazione a programmi educativi di gruppo e favorire il team con incontri periodici per la discussione di casi clinici.

I risultati e gli esiti del percorso educativo, così come quelli derivati dal follow-up telefonico vengono inviati al MMG/diabetologo mediante supporti informatici, telefonata oppure colloquio diretto.

Occorre fare una attenta analisi dei bisogni formativi in quanto l'assistenza da erogare per la specifica patologia ha molte peculiarità, infatti nell'ambulatorio viene trattato anche il piede diabetico dove ad

esempio si effettuano medicazioni di varia complessità e con materiali altamente avanzati. In questo ambito, previa acquisizione del consenso da parte dell'utente, l'evoluzione clinica di ogni lesione viene monitorata attraverso l'utilizzo della macchina fotografica aziendale al fine di poter adeguare il trattamento più adeguato al caso. Con l'ausilio del chirurgo è possibile procedere a consulenze specialistiche, compreso interventi di debridement, quando necessario.

Nell'ambito dei prodotti per le medicazioni occorre valutare attentamente l'appropriatezza del materiale da utilizzare, dato gli elevati costi di questi prodotti.

Dopo circa un mese dall'apertura dell'ambulatorio, data la complessità di alcune tipologie di lesioni diabetiche si è proceduto alla creazione di un percorso di consulenza con l'ambulatorio di secondo livello per il trattamento delle ferite difficili al fine di avere una consulenza specialistica.

Da quanto appena detto si evince la necessità che tutto il personale dedicato all'assistenza riceva un'adeguata formazione e dimostri di avere raggiunto il grado di conoscenza e competenza necessario alla meta degli obiettivi assistenziali.

Il sistema di formazione continua degli operatori del Servizio sanitario deve prevedere costanti aggiornamenti obbligatori su questi temi. A questo proposito sono stati presi contatti con l'ambulatorio ospedaliero delle ferite difficili per permettere ai nostri operatori la formazione sul campo attraverso stage formativi nell'ambito del wound care delle ferite del piede diabetico.

Risultati:

C=CHECK, controllo ovvero

- misureremo gli **output** del nostro processo e li confronteremo con quelli ipotizzati nella fase di PLAN
- **confronteremo i numeri** ottenuti con quelli pianificati
- daremo una **valutazione** delle nostre performance

Sono stati definiti indicatori di processo (percentuale dei pazienti arruolati e dei pazienti che completano il percorso) e di risultato (miglioramento delle conoscenze sulla malattia, miglioramento degli stili di vita e miglioramento della gestione delle complicanze ad essa connesse), riduzione delle ospedalizzazioni, riduzione delle amputazioni nel caso delle lesioni al piede.

Da settembre 2016 a oggi sono stati organizzati 20 corsi di formazione/addestramento per gli utenti ai quali hanno partecipato circa 10 pazienti per ogni corso che, insieme ai famigliari ed ai care-giver, hanno seguito tutto il percorso educativo. Per tutta la durata degli incontri e durante i follow-up telefonici non sono risultati ricoveri ospedalieri per scompenso diabetico e tutti i pazienti arruolati hanno dimostrato un miglioramento della compliance terapeutica.

Le criticità organizzative riscontrate sono:

- caratteristiche socio-demografiche dei residenti del quartiere
- personale non formato
- personale demotivato
- difficoltà di relazione con gli altri servizi
- sostenibilità finanziaria delle strutture, che lamentano una mancanza di personale e di risorse per fronteggiare ad un aumento del carico di lavoro e di servizi offerti.

Conclusioni:

A=ACT, azioni di miglioramento ovvero:

in questa fase dovremmo porre rimedio ad eventuali obiettivi non conformi cioè ragionare in base ai dati raccolti in merito alle nostre attività per comprendere dove non abbiamo raggiunto l'obiettivo.

Da questa riflessione dovrà venire fuori un elenco di compiti su cui lavorare in maniera più attiva o semplicemente diversa.

A questo proposito, nell'ottica di un miglioramento continuo, si è provveduto alla somministrazione di questionari percettivi ai pazienti e ai caregiver e agli operatori che hanno permesso di far emergere le criticità del percorso. Queste ultime sono legate, per quel che riguarda i professionisti, al carico emotivo elevato specifico della patologia trattata. Questo esito ha portato alla realizzazione di un percorso con psicologo per gli operatori.

Da parte degli utenti invece si evidenzia che la realizzazione di un programma educativo a gestione infermieristica ha permesso di far emergere le carenze educative del paziente che sono state colmate attraverso la realizzazione di incontri mirati per rinforzi educazionali attraverso la tecnica del self-management. I risultati ottenuti sono incoraggianti non solo in termini di compenso metabolico e di migliore compliance terapeutica ma, attraverso la condivisione dell'approccio educativo fra infermieri, mmg e specialisti diabetologi ha favorito e rafforzato l'integrazione e la cooperazione del lavoro in team.

Attraverso questo progetto il ruolo dell'infermiere è stato valorizzato in quanto come appena citato si evince il suo ruolo di protagonista nell'ambito dell'assistenza; egli interpreta un ruolo più complesso rispetto all'esecuzione di sole procedure cliniche standardizzate, bensì questo progetto ha fatto in modo di elevare la categoria infermieristica come principale nell'attuazione di interventi educativi mirati e nella pianificazione di percorsi personalizzati inoltre anche attraverso la condivisione con il team è stato possibile raggiungere

gli obiettivi prefissati.

Ecco di seguito la lettura di alcuni punti fondamentali del nostro progetto attraverso l'utilizzo della swot analysis.

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA	OPPORTUNITÀ	MINACCE
Presenza in carico infermieristica	Scarsa conoscenza del modello assistenziale. Cultura dei professionisti	Forte innovazione organizzativa e assistenziale. Riqualficazione dell'offerta di servizi sanitari e ottimizzazione dei percorsi di cura. Ruolo centrale dell'infermiere e migliore pianificazione infermieristica.	Impatto in termini di impegno dei professionisti e delle organizzazioni sul cambiamento di un modello organizzativo e assistenziale Personale anziano e demotivato

		<p>Consapevolezza di un agire professionale dotato di "responsabilità" in relazione ad ambiti sempre più complessi.</p> <p>Sistema centrato sui bisogni del paziente.</p> <p>Aumento del feedback tra utente e professionista.</p> <p>Per il paziente: risposta assistenziale adeguata</p>	<p>Carico assistenziale ed emotivo elevato</p>
PDTA Diabete	<p>Percorsi non conosciuti da tutti.</p>	<p>Percorsi chiari e semplificati</p> <p>Collaborazione tra diverse figure professionali con acquisizione di competenze</p>	<p>Chiarezza sulla responsabilità di chi ha in carico il paziente</p>

		trasversali Difficolta` del paziente a comprendere l'assetto organizzativo.	Per il paziente a riduzione dei tempi di attesa e presa in carico condivisa	
Presenza di associazioni di volontariato	di	Ancora poche associazioni di volontariato presenti	Confronto e collaborazione con le associazioni di volontariato	Scarsa conoscenza da parte dell'utenza delle potenzialità delle associazioni di volontariato
Focus group		Scarsa partecipazione	Interazione che si crea tra i partecipanti	Difficoltà nel vedere declinato l'obbiettivo del focus
Collaborazione con MMG		Timore da parte di alcuni mmg di sentirsi deturpati del proprio ruolo	presa in carico condivisa	Possibili conflitti interprofessional i
Cartella condivisa e in rete		Sistemi informatici non adeguati	Condivisione e valutazione congiunta del percorso dell'utente	Resistenza all'utilizzo delle nuove tecnologie

Costi:

Nel nostro Paese, secondo Diabete Italia, la rete delle Comunità scientifiche e delle Associazioni tra persone con diabete, sono 3 i milioni di italiani ai quali è stato diagnosticato il diabete, si stima che a questi si aggiunga un milione di persone affette da diabete non diagnosticato. L'incidenza di insorgenza di questa patologia è in continuo divenire ed è in stretta correlazione con l'aumento dell'obesità, della sedentarietà e di stili di vita scorretti. Non a caso in seguito ai cambiamenti degli stili di vita si riscontrano moltissimi individui extra-comunitari affetti da diabete nel nostro territorio ed in particolar modo in questo quartiere che è appunto un quartiere popolare.

Si evidenzia che nel 2030, gli individui con diagnosi di diabete potrebbero salire a 5 milioni.

Nel nostro Paese il diabete ha un costo di 10 miliardi di euro all'anno a carico del SSN; a Bologna per ogni diabetico si spende circa 2756 euro/anno per farmaci, presidi antidiabetici, farmaci per le complicanze della patologia, ricoveri ospedalieri per scompenso diabetico e complicanze ad esso associate.

Ai costi sanitari si aggiungono i costi sociali.

Al momento non sono in grado di esplicitare i costi se non per quel che riguarda i ricoveri per scompenso diabetico che, dalla partenza del progetto, hanno subito una inflessione.

6.4 Discussione

La sperimentazione e l'adozione dell'Ambulatorio Infermieristico presso la nostra azienda ha determinato cambiamenti organizzativi ed assistenziali tali da definire risposte appropriate in termini di qualità e efficacia delle prestazioni ed integrazione tra i vari professionisti della salute.

Vantaggi:

- ◆ efficace ed appropriata presa in carico delle pazienti con percorsi di cura "long-term"
- ◆ continuità delle cure anche dopo la dimissione
- ◆ miglioramento degli esiti clinici, della qualità di vita, promozione dell'autonomia nella cronicità
- ◆ riduzione della percentuale di ospedalizzazione
- ◆ ottimizzazione dei percorsi clinico-assistenziali e dell'uso delle risorse
- ◆ elevato grado di soddisfazione dei pazienti e delle famiglie rispetto al modello assistenziale
- ◆ miglioramento della qualità della comunicazione tra gli operatori e i pazienti/care givers
- ◆ rinforzo della rete di collaborazione tra ospedale, servizi territoriali e medici di medicina generale
- ◆ sviluppo di empowerment e buona manutenzione della motivazione del personale
- ◆ sviluppo di un clima organizzativo orientato all'apprendimento continuo
- ◆ promozione di un ambiente di cura e lavoro centrato sulla "persona"

Svantaggi:

- ◆ Allo stato attuale non si sono evidenziati svantaggi al progetto messo in atto.

Proposte di miglioramento:

- ◆ sensibilizzare maggiormente gli operatori ospedalieri alla partecipazione dei percorsi post dimissione al fine di facilitare l'adesione ai percorsi stessi
- ◆ organizzare incontri con il servizio di nutrizione clinica al fine di far conoscere agli utenti diabetici menù elaborati
- ◆ programmare giornate conoscitive al fine di migliorare gli stili di vita (vedi ad esempio
- ◆ pianificare incontri fra operatori per parlare dei casi particolari

SEZIONE 4 Conclusioni

L'auspicio è che le nuove soluzioni organizzative valorizzino sempre di più la figura infermieristica come protagonista nel raggiungimento di outcome di salute, attraverso un riconoscimento delle competenze professionali e non come risorsa a minor costo. D'altro canto, la sfida degli infermieri di oggi e di domani sarà nel cogliere tale opportunità per mettere a disposizione del sistema le proprie competenze in sinergia e non in antagonismo con le altre figure professionali impegnate nei percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione di tutti i cittadini.

È in questo nuovo scenario che si rende necessaria un'attenta

riflessione in merito all'implementazione e diffusione sul territorio nazionale di nuovi modelli organizzativi e/o strutture intermedie a gestione infermieristica, capaci di accogliere quella estesa fetta di popolazione che, per la presenza di problematiche assistenziali sociosanitarie non trattabili a domicilio ma il cui livello di bisogno non configuri il ricorso all'ospedale (luogo che deve agire in acuzie), possa prevedere la presenza e l'utilizzo di strutture gestite e organizzate completamente da infermieri.

L'infermiere che opera in ambito diabetologico deve avere un'adeguata conoscenza della patologia per la quale sono indicati i trattamenti e deve avere nozione di tutto l'insieme di interventi medici e di tecniche che costituiscono il piano di trattamento; ciò gli permette di sviluppare le competenze che sono per lui peculiari e specifiche.

Il suo ruolo inoltre si manifesta nella responsabilità dell'assistenza infermieristica e nella relazione con il paziente che costituisce, insieme all'educazione una irrinunciabile dimensione dell'esercizio della professione.

Infatti, nel prendersi cura ogni giorno del malato, l'infermiere non si limita all'atto puramente tecnico, ma svolge una funzione terapeutica e di supporto attraverso la ricerca di una comunicazione e di un'interazione di qualità con l'assistito.

Anche l'ascolto e il Tempo ad esso dedicato deve rientrare tra le normali attività di cura e deve essere riconosciuto come tempo prezioso.

Molti studi confermano che: parlare con i pazienti riduce i ricoveri e migliora le cure del 40%. Ma solo 1 su 5 è un medico "amico". Il tempo medio di una visita non supera i 9 minuti e già dopo 20 secondi il racconto del paziente viene interrotto dalle domande del

dottore. Questi i dati emersi nel corso del 116° Congresso nazionale della Società italiana di medicina interna, durante il quale è stato proposto di inserire nel corso di laurea in medicina e chirurgia un modulo di scienze umane (Quotidiano Sanità, 11 Ottobre 2015).

Pochi pazienti – osserva Gino Roberto Corazza, presidente Società Italiana di Medicina Interna (Simi) – vedono appagato il loro desiderio di dialogo col medico, che spesso è troppo frettoloso o assente: in media guarda lo schermo del pc o dello smartphone anziché la persona che ha davanti per i due terzi del già scarso tempo della visita.

Ascoltare le ragioni e le emozioni del paziente è invece il punto di partenza fondamentale per avere una visione più ampia e circostanziata della patologia; ognuno di noi ha bisogno di sentirsi accolto nella sua esperienza di malattia, sapere che il professionista 'ci capisce' innesca meccanismi che favoriscono l'aderenza alla terapia e perfino il miglioramento di parametri biologici. È una questione di Tempo.

Mai prima d'ora abbiamo avuto così poco tempo per fare così tanto (Franklin Delano Roosevelt).

Il prendersi cura consiste appunto nell'approccio alla persona, tenendo conto dei suoi problemi clinici e somatici ma essere anche proiettata verso ambiti educativo-relazionali di consulenza, informazione ed accompagnamento verso l'autogestione della salute. L'obiettivo, seppure ambizioso, del progetto presentato è di fornire all'infermiere strumenti e capacità adeguati al fine di assumere decisioni, rispetto alla propria competenza, per pianificare ed erogare attività ed assistenza di qualità ma soprattutto di comprovata efficacia al paziente che afferisce al Servizio ed al quale sono

indirizzati gli interventi specifici.

La realizzazione degli obiettivi potrebbe passare attraverso una specifica formazione unita ad una forte collaborazione ed integrazione con gli altri professionisti responsabili del processo di cura.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Maccaro G., "Per una medicina da rinnovare", Milano, Ed. Feltrinelli, 1972.
- Benigni B., Fagnoni P.P., da Filicaia M.G., Giofrè F., Terranova F., La casa della salute. Idee di progetto, Firenze, ALINEA Editrice, 2007.
- Cfr., Calvaruso Claudio e Frisanco Renato, La Casa della Salute: esigenza di un nuovo Welfare, in 'Società e Salute', n. 2/2013, Franco Angeli Edizioni.
- Management infermieristico-l'infermiere dirigente di unità operativa. L.Gamberoni - A.Lolli - M.Lusignani - L.Pattaro.
- Cortese - Fausti "Etica infermieristica: sviluppo morale e professionalità", Casa Editrice Ambrosiana Milano 2004
- Benigni B. (2011), "La Casa della salute, un presidio delle rete del servizio sanitario nazionale", Educazione Sanitaria e Promozione della Salute.
- Antonio Brambilla- Gavino Maciocco, Le Case Della Salute. Innovazione e buone pratiche. Carrocci editore.
- www.saluteinternazionale.info ultima consultazione 01/05/2017
- L'applicazione del management sanitario nella progettazione di uno strumento informatico per il servizio di perfusione. "Ruolo del coordinatore tecnico". A. Petralia
- Franco Brugnola, Manuale per le case della salute. Programmare, organizzare e gestire.
- Annalisa Pennini-Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie. Mc Graw Hill edizioni.

- Annalisa Pennini, Giannantonio Barbieri. Le responsabilità del coordinatore delle professioni sanitarie. Mc Graw Hill edizioni.
- Carlo Calamandrei. Manuale di management per le professioni sanitarie. Mc Graw Hill edizioni.
- Renzo Marcolongo, Leopoldo Bonadiman, Elisa Rossato, Giuliana Belleggia, Rita Tanas, Sonia Badon, Remi Gagnayre. Curare "con il malato". L'educazione terapeutica come postura professionale.
- A. Tanese. L'innovazione organizzativa nelle aziende sanitarie.
- Felice Marra. Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie- Aspetti contrattuali e management. Franco Angeli edizioni.
- M. Vanzetta, F. Vallicella, P. Caldana. La gestione delle risorse umane. Mc Graw Hill Edizioni.
- Tamura-Lis W. Teach-Back for quality education and patient safety. Urol Nurs 2013 Nov-Dec;33(6):267-71, 298.
- U. Morelli, MG. De Togni. Coordinatori infermieristici; competenze e qualità nelle relazioni di cura. Guerini studio edizioni.
- www.comunedibologna.it; area programmazione, controllo e statistica. Ultima consultazione 20/07/2017.
- www.salute.regione.emilia-romagna.it; ultima consultazione 20/07/2017.
- www.humanwareonline.com; ultima consultazione 21/07/2017.