

14 **Trasformazione della geografia dei servizi e ruolo delle professioni sanitarie: un'analisi di casi nella Regione Lazio**

*di Elio Borgonovi, Roberto Cotta, Cristina Filannino
ed Elisabetta Trincherò¹*

14.1 **Evoluzione dello scenario e progressivo affermarsi di «ruoli contendibili» per le professioni sanitarie**

Nel corso degli ultimi decenni il Sistema Sanitario italiano è attraversato da alcune dinamiche che lo stanno trasformando profondamente e che richiedono una ridefinizione delle strutture e delle modalità di funzionamento. Il passaggio dall'acuzie alla cronicità, dalla mono alla pluripatologia, il forte incremento quantitativo e qualitativo del fabbisogno assistenziale, anche in chiave sociale e relazionale, esigono un cambiamento carico di forti implicazioni organizzative e professionali, che può essere connotato come un «salto di paradigma».

Esso impone un ripensamento delle organizzazioni e, contemporaneamente, mette in discussione i diversi «saperi» nella prospettiva del superamento di una visione frammentata e parcellizzata, al fine di dare una risposta integrata e coordinata alla molteplicità di bisogni tra loro interdipendenti e complementari. La necessità di una focalizzazione sui bisogni dei pazienti nella loro unitarietà e continuità nel tempo implica l'emergere di una rete di nuove responsabilità che stanno modificando profondamente le aziende sanitarie, anche in coerenza con specifiche indicazioni delle istituzioni preposte al governo del sistema.

Si pone dunque oggi per tutte le professioni un problema di ripensamento e di ridefinizione dei propri confini e del proprio posizionamento a seguito di questi cambiamenti strutturali. Questo tema risulta di particolare interesse per la comunità infermieristica in considerazione dei contenuti distintivi della professione e della sua incidenza, qualitativa e quantitativa, nel processo di produzione ed erogazione dei servizi sanitari.

¹ Sebbene il presente il capitolo sia frutto del lavoro congiunto degli autori, i §§ 14.1, 14.2 e 14.3 sono attribuiti a Elisabetta Trincherò, i §§ 14.4 e 14.5 a Roberto Cotta, i §§ 14.6 e 14.7 a Cristina Filannino, il § 14.8 a Elio Borgonovi.

Alcuni dei cambiamenti più significativi sono collegati ai seguenti fattori:

- ▶ il mutamento delle attese e dei bisogni di salute della popolazione, l'aumento della rilevanza delle patologie croniche (con il correlato tema della fragilità) e la conseguente trasformazione dei modelli organizzativi di risposta a tali bisogni (Patto della Salute 2014-2016);
- ▶ la progressiva frammentazione dei «saperi» tradizionali (in particolare di quelli clinici, risultato del principio di specializzazione degli scorsi decenni), da cui emerge l'esigenza di nuove modalità dinamiche di ricomposizione (nuovi *know-how* professionali);
- ▶ l'evoluzione della tecnologia, che apre nuovi orizzonti ai sistemi di cura, con una grande potenzialità nell'integrare e mettere a sistema i diversi contesti in cui si snodano i processi assistenziali (quali ospedale, territorio e domicilio);
- ▶ le spinte al contenimento delle risorse economico-finanziarie destinate al SSN, con il correlato tema della sostenibilità economica (Armeni e Ferrè, 2014).

Questi cambiamenti endogeni al sistema hanno indotto una modifica degli assetti organizzativi delle aziende del SSN tradizionalmente centrati sulle specialità, che ha conseguentemente comportato la nascita di nuovi ruoli e posizioni.

Il progressivo superamento del modello dell'acuzie ha comportato la messa in discussione delle tradizionali logiche alla base dell'articolazione organizzativa in cui è rilevante la «componente medica», storicamente portatrice di una forte connotazione disciplinare, che ha plasmato lo scenario universitario e, conseguentemente, anche la declinazione degli assetti assistenziali ed organizzativi.

La frammentazione organizzativa, figlia del processo di divisione e differenziazione, ha lasciato il posto al dipartimento e/o a strutture basate sulla coesistenza di una pluralità di dimensioni lungo le quali vengono articolate le responsabilità: le piastre, le piattaforme assistenziali e tecnico/operative, il dipartimento infermieristico, il dipartimento delle *operations*, i ruoli a «trasversalità organizzativa» quali, ad esempio, quello del case manager (Trincherò, 1999).

Questa evoluzione è più evidente nell'ambito ospedaliero per quanto riguarda l'assistenza per acuti, ma sta emergendo con sempre maggiore forza anche nell'ambito dell'assistenza territoriale per i pazienti subacuti e cronici. Infatti, oggi anche il territorio è investito dalle medesime dinamiche con il progressivo affermarsi di modelli organizzativi centrati sui processi che tagliano trasversalmente l'organizzazione, riunificandola sulla dimensione dei bisogni del paziente. In sintesi, le strutture si fanno più complesse e si allontanano dalla consolidata «unidimensionalità a matrice medica» (Filannino, Lega, Sartirana, 2013).

La necessità di una focalizzazione sui bisogni dei pazienti nella loro unitarietà

e continuità nel tempo impone non solo una riconfigurazione delle strutture organizzative, ma anche la ridefinizione di una rete di nuove responsabilità, non collegate a specifici e predefiniti contenuti specialistici. Si tratta di responsabilità trasversali di processo che si caratterizzano nella capacità di «riconnettere» attorno al paziente e ai suoi bisogni l'insieme delle prestazioni, dei processi e dei servizi prodotti da tutte le articolazioni organizzative.

Queste responsabilità (come ad esempio quelle collegate alle piastre assistenziali, alla logistica dei pazienti e dei materiali, ai PDTA – con le figure del case manager e del care manager – e alle strutture di continuità tra ospedale e territorio) si connotano per una forte conoscenza e radicamento nei processi clinico-assistenziali, che supera la tradizionale visione mono specialistica.

Pertanto le posizioni associate a queste responsabilità possono essere definite come «ruoli contendibili» tra professionisti che provengono da una formazione di base e da esperienze tra loro molto diversificate. In quest'ambito diminuisce progressivamente il «vantaggio competitivo» derivante dall'appartenenza ad una specifica famiglia professionale (ad esempio medica o delle cosiddette professioni sanitarie). In questa nuova arena competitiva tra le professioni, alcuni «tratti distintivi» che favoriscono una più pronta lettura e comprensione di alcune dinamiche tipiche delle aziende sanitarie si configurano come potenziali «punti di forza».

Lo scenario apre nuove opportunità e dilata in misura considerevole lo spettro delle posizioni potenzialmente interessanti e appetibili per diverse professioni, offrendo un panorama assai variegato e mutevole in relazione all'assetto e all'evoluzione dei modelli organizzativi aziendali, che rappresentano il contenitore per le diverse posizioni disponibili.

Tutte le professioni sanitarie sono oggi coinvolte in questo processo di ridefinizione dei propri contenuti professionali e della propria identità, che, se bene interpretato, può rappresentare una opportunità di crescita.

Tra i gruppi professionali più direttamente coinvolti in questo processo di trasformazione, gli infermieri, per i quali è già in corso un progressivo trasferimento di attività da parte del personale medico e amministrativo (cfr. ad es. Adams et al, 2000; Del Vecchio e De Pietro, 2011), sembrano giocare un ruolo di primo piano, sia per la loro numerosità e capillare diffusione nei processi clinico assistenziali, sia per le loro caratteristiche intrinseche professionali. La criticità della riconfigurazione del confine tra le professioni che operano in sanità è particolarmente evidente osservando il recente dibattito suscitato dal Comma 566 della legge di Stabilità 2015, che recita: «Fermo restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e Regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della pre-

venzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica».

Per contribuire a questo dibattito sulla base di evidenze è stata avviata un ricerca in quattro realtà aziendali, allo scopo di indagare nel concreto esempi di infermieri ai quali siano stati attribuiti ruoli e responsabilità innovative.

14.2 Obiettivo e metodo della ricerca

Questa ricerca prende spunto dai risultati di un precedente progetto SDA Bocconi svolto in collaborazione con la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI. Lo studio ha permesso di analizzare il ridisegno delle frontiere e dei ruoli tra le diverse professioni, identificando i trend emergenti nelle realtà regionali italiane e di osservare il gap tra la retorica prevalente nella ridefinizione dichiarata e la pratica nelle aziende sanitarie del nostro Paese. Ciò ha richiesto l'analisi documentale della totalità dei Piani Sanitari Regionali e delle Province Autonome e la conduzione di *focus group* a livello di ogni singola Regione e Provincia Autonoma con consiglieri provinciali Ipasvi, dirigenti e interlocutori esperti della professione infermieristica, al fine di confrontare quanto desunto dall'analisi documentale (il dichiarato) con la realtà operativa delle aziende sanitarie.

Dall'analisi dei disegni istituzionali è emerso un ruolo centrale degli infermieri, a testimonianza della disponibilità dimostrata dai livelli di governo regionali a raccogliere, formalizzare stimoli e proposte provenienti dalle diverse articolazioni della professione infermieristica. Le «frontiere» che i documenti esaminati prefigurano evidenziano un perimetro ampio di attese su ruoli e funzioni che gli infermieri possono assolvere in un orizzonte di breve periodo, con la conseguente crescita del peso relativo della professione nel sistema di produzione ed erogazione dei servizi. Da questa analisi si è inoltre rilevato un comune trend emergente caratterizzato dallo spostamento dell'attenzione dall'assistenza per acuti in ambito ospedaliero, all'assistenza per pazienti sub acuti e cronici in ambito territoriale. In questo ridisegno in alcune regioni si sono delineate posizioni organizzative di responsabilità espressamente destinate agli infermieri. L'analisi dei piani sanitari e socio sanitari evidenzia la presenza di una diffusa e chiara consapevolezza delle sfide che il nostro Sistema Socio Sanitario è chiamato ad affrontare. Questi processi di cambiamento sono anche espressione dell'azione di stimolo e di proposta che i diversi attori professionali sono stati in grado di esprimere.

I *focus group* hanno messo in luce una situazione di diffusa divaricazione tra le dichiarazioni di principio contenute nei documenti istituzionali regionali e le concrete implementazioni dei contesti aziendali. Il confronto con i circa 900 in-

fermieri ha permesso anche l'individuazione di alcune esperienze considerate di reale innovazione organizzativa.

Partendo da ciò, l'obiettivo che ha guidato la ricerca qui presentata è stato quello di condurre una analisi approfondita di esperienze aziendali in cui si potessero riscontrare responsabilità infermieristiche formalizzate e agite in ruoli contendibili con altre figure professionali, concentrando l'analisi su esperienze appartenenti ad una unica regione al fine di garantire un identico contesto di tipo istituzionale, finanziario e di governance.

Si è deciso di orientare le osservazioni dei casi in Regione Lazio, che sebbene sottoposta a piano di rientro, con un cambiamento di governo e con forti vincoli finanziari, si è distinta per la chiara volontà di introdurre un profondo rinnovamento nel disegno delle organizzazioni sanitarie, lavorando sia sulla rimodulazione della rete ospedaliera che a un robusto potenziamento dei servizi territoriali (o di transizione tra ospedale e territorio). Dai documenti istituzionali e dalla loro traduzione nelle linee di sviluppo delle diverse aziende, sembra emergere un nuovo approccio nella lettura e nell'interpretazione del complesso rapporto tra i medici (focalizzati sull'acuzie e sulla patologia) e gli infermieri (attenti alla «presa in carico» della persona in una prospettiva multidimensionale e in una logica di continuità assistenziale), nella crescente consapevolezza che una scarsa attenzione alla dimensione assistenziale, anche in chiave relazionale e sociale, comporta gravi rischi per il paziente con possibili pesanti «ricadute cliniche», e conseguenti costi organizzativi ed economici.

Sono stati dunque individuati quattro casi aziendali di assunzione di nuovi ruoli e responsabilità formalizzate e agite da parte di infermieri, in cui era osservabile la co-presenza di un processo formale di istituzione dell'esperienza e di una reale attivazione della stessa. Si è cercato di leggere questo dato di realtà sia attraverso la conduzione di interviste sul campo semi strutturate ai diversi attori coinvolti al fine di raccogliere le diverse prospettive, sia attraverso l'analisi documentale. In ogni realtà sono stati intervistati il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore delle professioni sanitarie, i diretti protagonisti (gli infermieri) che ricoprono i ruoli innovativi. Ove possibile, si è inoltre colta l'opportunità di raccogliere l'opinione dei pazienti che afferiscono alle strutture governate dagli infermieri. Le realtà aziendali selezionate sono le seguenti:

- ▶ ASL Frosinone - Casa della Salute di Pontecorvo - Unità di Cure Intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica;
- ▶ Azienda USL Rieti – Casa della Salute di Magliano Sabina - Unità di Degenera Infermieristica;
- ▶ Policlinico Umberto I - Unità Operativa a Gestione Infermieristica;
- ▶ Policlinico Universitario Agostino Gemelli – Centrale di continuità assistenziale.

14.3 Analisi dei casi della Regione Lazio

All'interno del complesso percorso d'implementazione di nuovi modelli assistenziali, economicamente sostenibili e coerenti con la sfida della cronicità, la Regione Lazio ha optato per l'attivazione di nuovi assetti che vedono nella presa in carico del cittadino paziente e nel coordinamento multiprofessionale uno dei punti nodali. Infatti, con Delibera di Giunta n. 428/2013 e n. 40/2014 la Regione Lazio ha inteso istituire strutture sociosanitarie, denominate Case della Salute, tese a realizzare la migliore offerta di cure primarie ed intermedie nel territorio di afferenza, la più ampia integrazione con il sistema ospedaliero ed un'efficiente rete assistenziale con i soggetti istituzionalmente garanti dei diritti dei cittadini (Enti Locali, Istituzioni e Terzo settore).

Le quattro esperienze aziendali analizzate possono essere lette secondo due dimensioni (cfr. Tabella 14.1):

- ▶ la presenza di unità organizzative in cui vengono erogate prestazioni in «regime di degenza» a gestione infermieristica, o con una elevata autonomia organizzativa realmente agita dagli infermieri, ancorché non codificata o non completamente codificata;
- ▶ la gestione di processi complessi e interdisciplinari di presa in carico multidimensionale e di continuità assistenziale, con una esplicita focalizzazione alla crescita del rapporto tra ospedale e territorio mediante la presenza di una forte componente infermieristica.

Tabella 14.1 **Casi Analizzati***

	Area delle cure intermedie ad elevata assistenza infermieristica, con unità in «regime di degenza»	Gestione di processi complessi e interdisciplinari, di presa in carico multi dimensionale e di continuità assistenziale
ASL Frosinone - Casa della Salute di Pontecorvo -Unità di Cure Intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica	X	
Azienda USL Rieti – Casa della Salute di Magliano Sabina - Unità di Degenza Infermieristica	X	
Policlinico Umberto I - Unità Operativa a Gestione Infermieristica	X	X
Policlinico Universitario Agostino Gemelli – Centrale di continuità assistenziale		X

Si ringraziano per la collaborazione: Maurizio Zega Direttore Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo Aziendale Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma.

Amaria Allocca Direttore Sanitario Azienda Policlinico Umberto I, Roma.

Donatella Valente, Direttore Unità Operativa e Gestione Infermieristica Azienda (UOGI) Policlinico Umberto I, Roma.

Laura Figorilli Direttore Generale ASL Rieti, Casa della salute di Migliano Sabina.

Isabella Mastrobuono Direttore Generale ASL Frosinone, Casa della Salute di Pontecorvo.

Tre dei quattro casi analizzati rappresentano esperienze di setting di cura ad elevata assistenza infermieristica (comprehensive del regime della degenza). La spinta all'adozione di questo modello organizzativo può essere individuata nella necessità di rispondere in modo efficace all'esigenza di «riconnettere» attorno al paziente e ai suoi bisogni l'insieme delle attività sanitarie erogate dal sistema di riferimento. Tale modello, in linea con le indicazioni regionali, si caratterizza infatti per la rilevanza della dimensione assistenziale e per il fabbisogno di coordinamento dei processi organizzativi e sanitari tipicamente gestito dalla professione infermieristica, pur garantendo la piena titolarità dell'inquadramento diagnostico e del monitoraggio della patologia alla professione medica.

Di particolare interesse il caso del Policlinico Umberto I, che ha molto investito sull'attivazione di una «rete integrata territoriale», con l'apertura di una unità di degenza per le «cure intermedie ad elevata assistenza infermieristica». In essa si realizza un'attività di pianificazione dell'assistenza mediante strumenti professionali ad hoc (scheda di valutazione infermieristica), figure professionali altamente specializzate (infermiere clinico) e deputate alla gestione complessiva del caso clinico (case manager). Per questa ragione il caso del Policlinico Umberto I compare in entrambe le aree di indagine.

14.4 Unità di Cure Intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica della Casa della Salute di Pontecorvo (ASL Frosinone)

14.4.1 L'innovazione organizzativa: unità di degenza a gestione infermieristica

La Casa della Salute di Pontecorvo è situata nel Distretto di Cassino (Frosinone) ed ha un bacino di riferimento di 11 comuni per una popolazione complessiva di circa 53.000 abitanti. È nata nel 2012 dalla riconversione del Presidio Ospedaliero «P. Del Prete», in coerenza con i programmi operativi regionali 2013-2015, al fine di potenziare i rapporti e le reti con le strutture pubbliche e private del territorio, e per valorizzare il ruolo dei MMG nella gestione del paziente fragile cronico. Tale modello organizzativo, di cui si riporta un estratto del regolamento nel Box 14.1 comprende: una unità con posti letto a gestione infermieristica e le Unità Complesse di Cure Primarie (con il coinvolgimento di undici MMG, di cui nove hanno trasferito i propri studi all'interno della struttura) e la presenza di specialisti ambulatoriali, anche di provenienza ospedaliera, a garanzia di un efficace inquadramento diagnostico di primo livello.

In coerenza con la DCA del 80/2010, con delibera n. 590 del 5 giugno 2012, l'Azienda USL di Frosinone ha proceduto all'istituzione di una «Unità Operati-

Box 14.1 **Funzionamento della Casa della Salute di Pontecorvo**

«Obiettivo della Casa della Salute è un'efficace presa in carico del paziente, in particolare del paziente cronico, in grado di ridurre gli accessi impropri al PS ed i ricoveri ripetuti in ospedale. (...) Tale modalità di presa in carico prevede la partecipazione del team multidisciplinare e multi-professionale (medico di medicina generale (MMG), pediatra di libera scelta, medico specialista territoriale e ospedaliero, infermiere e le altre figure professionali) (...) con la finalità di coordinare i processi clinico-assistenziali organizzando il lavoro in funzione dell'integrazione. (...) Strumento elettivo di comunicazione e integrazione interprofessionale (...) è la scheda clinico assistenziale integrata, (...) che contiene i dati necessari per erogare le prestazioni previste dal piano di assistenza personalizzato in modo appropriato, efficace e sicuro. (...) Nello specifico i professionisti della salute operano attraverso l'UVMD (Unità Valutativa Multi Dimensionale Distrettuale) che rappresenta lo strumento elettivo attraverso cui il case manager gestisce la complessità del bisogno di salute. (...) le attività svolte all'interno della Casa della Salute dovranno essere in grado di facilitare l'accesso a tutti i soggetti fragili e in particolare alle persone non autosufficienti, anche anziane, nonché la gestione della continuità assistenziale. (...) La denominazione Casa della Salute (...) viene utilizzata per individuare una struttura nella quale garantire la maggior parte delle funzioni dell'assistenza primaria, contenitore fisico che accoglie nel suo contesto attività e prestazioni che sono spesso garantite in maniera dispersa nel contesto del Distretto. La riconduzione in un unico luogo fisico di funzioni fondamentali, con la partecipazione di diverse figure professionali, rappresenta il cuore di questo modello organizzativo. Detto modello è di tipo modulare e prevede: funzioni di base - attività indispensabili che connotano la struttura; moduli funzionali aggiuntivi - ad eventuale completamento dell'offerta di servizi. (...) La modalità operativa è quella del lavoro di gruppo, ove la complementarità delle competenze dei diversi professionisti, può generare quelle necessarie sinergie e risorse atte a fronteggiare la complessità dei problemi e dei bisogni della comunità di riferimento. (...)»

[I servizi presenti nella Casa della salute sono: (i) **Area dell'assistenza Primaria:** MMG; Attività specialistica ambulatoriale; Ambulatorio infermieristico; Attività di diagnostica strumentale di primo livello; (ii) **Area Pubblica:** Area dell'accoglienza; Centro Unico di Prenotazione (CUP); Ufficio Accoglienza, Tutela, Partecipazione e Comunicazione (URP); Punto Unico di Accesso (PUA); Area del volontariato e mutualità; Punto di Primo Intervento - piccole urgenze; (iii) **Moduli aggiuntivi:** Area/Unità delle cure intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica (U.C.I.); Assistenza farmaceutica; Attività di terapia fisica adattata (A.F.A); Odontoiatria Sociale; Servizio Multietnico. È presente altresì il Servizio di Continuità assistenziale che oltre alla normale attività di istituto, assicura le eventuali criticità che dovessero manifestarsi presso l'area delle cure intermedie a gestione infermieristica, al di fuori delle ore di presenza dei Medici delle UCP.]

Tratto da «Regolamento della «Casa della salute Pontecorvo-Cassino Azienda USL Frosinone Distretto Cassino» (pg. 1-14)»

va **Degenza infermieristica**» di quindici posti letto². Con l'avvio della Casa della Salute, questa area è stata definita U.C.I. «Unità di Cure Intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica» con l'ampliamento a venti posti letto³. Attualmente la struttura è dotata di: un infermiere coordinatore per l'attività gestionale ed organizzativa, sette infermieri, tre OSS, due ausiliari. La loro attività

² Il modello organizzativo di detto modulo funzionale aggiuntivo è stato ratificato con atto deliberativo n. 423 del 7 aprile 2015.

³ Regolamento della «Casa della salute Pontecorvo-Cassino Azienda USL Frosinone Distretto Cassino», pg. 15

si svolge in stretto collegamento con gli undici MMG che operano nella Casa della Salute (dalle 8.00 alle 20.00 di tutti i giorni feriali e dalle 8.00 alle 14.00 del sabato e dei prefestivi) e con il Medico di continuità assistenziale che assicura la gestione delle eventuali urgenze ed emergenze nelle ore notturne e nelle festive e prefestive pomeridiane. Si tratta di un'area di cure intermedie con posti letto territoriali (extra ospedalieri, che non rientrano nel novero regionale dei posti letti per acuti) in cui possono essere accolti:

- ▶ pazienti senza limiti di età caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa come negli ospedali per acuti;
- ▶ pazienti con patologie tali da non poter essere seguiti adeguatamente in assistenza domiciliare integrata (ADI) o nel caso in cui non possa essere organizzata;
- ▶ pazienti dimissibili dall'ospedale per acuti ma non adeguatamente assistibili a domicilio per la complessità clinico-assistenziale o per ragioni di tipo sociale;
- ▶ pazienti che per la particolare situazione socio-sanitaria necessitano di un percorso diagnostico-terapeutico e di monitoraggio difficilmente gestibile a domicilio.

Le attività dei MMG sono regolate secondo quanto previsto dal Protocollo d'intesa sottoscritto tra MMG e ASL con atto deliberativo n 449 del 14 aprile 2015. Il ricovero dei pazienti che afferiscono a tale Unità è richiesto su apposita modulistica, adottata con nota della Direzione Sanitaria Aziendale⁴.

Per il modulo aggiuntivo delle cure intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica, l'infermiere coordinatore di distretto:

- ▶ attiva, per le situazioni di urgenza/emergenza secondo specifici protocolli aziendali, il MMG, il servizio di continuità assistenziale o il servizio di emergenza-urgenza territoriale (tramite la centrale operativa 118);
- ▶ è responsabile del piano assistenziale infermieristico individuale che redige in collaborazione con il MMG, coinvolgendo il personale infermieristico, tecnico e le altre figure professionali o del volontariato per eventuali specifici impegni di competenza;
- ▶ provvede alla verifica e valutazione periodica dell'attuazione e dell'efficacia del piano assistenziale infermieristico individuale, in collaborazione con il MMG e proponendo eventuali modifiche e correttivi;
- ▶ collabora con il MMG per le dimissioni del paziente;

⁴ Regolamento della «Casa della salute Pontecorvo-Cassino Azienda USL Frosinone Distretto Cassino», pg. 15

- ▶ è responsabile della corretta conservazione e gestione dei farmaci;
- ▶ è responsabile della tenuta dell'archivio delle cartelle infermieristiche da inserire nella documentazione sanitaria dell'assistito, nonché delle liste di attesa;
- ▶ partecipa alle riunioni periodiche stabilite dal dirigente medico di distretto ed indice, riunioni con il personale infermieristico e tecnico quando ne rilevi la necessità⁵.

Nello svolgimento di queste funzioni, l'infermiere coordinatore diventa il punto di riferimento per il funzionamento dell'equipe che comprende tutti i professionisti di area sociale e sanitaria che operano in modo stabile e continuativo. A sua volta il coordinatore dell'area «ad elevata intensità assistenziale» afferisce al dirigente medico di distretto, che è responsabile della Casa della Salute e che svolge le funzioni previste dal regolamento aziendale.

Nel 2014 sono stati trattati 253 pazienti con provenienze differenti: dall'ospedale, dagli stessi MMG, dagli specialisti; in tutti i casi per un primo inquadramento è prevista una valutazione con scheda appositamente predisposta dal coordinatore infermieristico in stretto raccordo con i MMG che operano nella Casa della Salute o con il medico del paziente.

14.4.2 Le responsabilità attribuite agli infermieri

Nella rete territoriale è centrale il ruolo dell'infermiere direttamente coinvolto nel processo assistenziale. Con il nuovo modello organizzativo si sta registrando un profondo riposizionamento della figura e del ruolo dell'infermiere rispetto al tradizionale modello ospedaliero centrato sull'acuzie.

In tutte le fasi del processo assistenziale, medico e infermiere lavorano in stretto raccordo nel definire il Piano Assistenziale Individuale, valorizzando in questo modo le rispettive professionalità all'interno di un disegno unitario.

A conclusione del processo di cura anche la dimissione avviene in modo congiunto, con la proposta al paziente di indicazioni mirate a forte connotazione infermieristica.

La gestione assistenziale del paziente cronico e stabilizzato è assunta dall'infermiere, mentre il medico può svolgere in modo più efficace ed appropriato la funzione di inquadramento diagnostico e terapeutico e la gestione delle urgenze e delle criticità. Concretamente l'infermiere svolge a pieno titolo il ruolo di case manager ed è il principale referente del paziente, la figura che lo accompagna costantemente lungo i binari di un percorso concordato con altre figure professionali.

⁵ Regolamento della «Casa della salute Pontecorvo-Cassino Azienda USL Frosinone Distretto Cassino», pg. 27

14.4.3 Elementi qualificanti l'esperienza

Questa esperienza si caratterizza per un robusto impulso e sostegno offerto dalla direzione generale, che ne ha fortemente voluto e sostenuto direttamente la fase di avvio e di prima attuazione, garantendo con continuità una presenza fisica sul posto per la risoluzione tempestiva delle criticità e degli ostacoli.

Esso si connota per una precisa strutturazione e per una chiara attribuzione dei compiti e delle responsabilità, che si evince dalla formalizzazione del processo di gestione del paziente e del ruolo dei diversi attori, con particolare attenzione ai MMG.

Il vertice aziendale ha promosso la diffusione dell'informazione alla popolazione e agli operatori del sistema attraverso un momento pubblico di presentazione del progetto, ripreso poi dalla stampa locale.

14.5 Unità di Degenza Infermieristica della Casa Della Salute di Magliano Sabina (ASL Rieti)

14.5.1 L'innovazione organizzativa: unità di degenza a gestione infermieristica

L'ASL di Rieti, accogliendo le indicazioni regionali in merito all'attivazione di nuove soluzioni organizzative più appropriate ad affrontare il significativo incremento delle patologie croniche, ha inteso valorizzare l'unità di Degenza Infermieristica (DI) quale modulo costitutivo della Casa della Salute di Magliano Sabina, di recente attivazione in uno dei due distretti in cui è articolata l'azienda (DCA 40/2014). Si tratta di una struttura a vocazione multifunzionale e a gestione multi professionale, destinata a trattare persone affette da patologie cronico degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera. L'unità organizzativa risponde a precise indicazioni regionali, sia nella sua configurazione che nelle modalità di funzionamento. Gli obiettivi principali sono così riassumibili:

- ▶ ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati fornendo adeguata alternativa di cura ed assistenza ai pazienti post acuti o ai soggetti affetti da patologie cronico degenerative in fase di riacutezza;
- ▶ ridurre le giornate di degenza ospedaliera inappropriate;
- ▶ limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali legati a difficoltà familiari e sociali o a difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali del paziente dopo un episodio acuto;
- ▶ favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali.

- ▶ Nella DI sono assicurate le seguenti attività:
- ▶ degenza con presenza h24 di personale dell'assistenza infermieristica e medica prestata dai MMG aderenti al progetto o, al bisogno, da specialisti e medici di continuità assistenziale;
- ▶ specialistica ambulatoriale;
- ▶ attività diagnostiche di base;
- ▶ collegamento funzionale con postazione 118.

La DI garantisce l'assistenza in regime residenziale di quei soggetti che sono affetti da riacutizzazione di patologie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica ad elevata tecnologia e che non possono, per motivi clinici o sociali, essere adeguatamente trattati a domicilio. La DI favorisce l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, valorizza il ruolo del MMG e degli altri professionisti che operano nell'area delle cure primarie ed intermedie: si colloca a pieno titolo nella rete dei servizi territoriali, quale «domicilio allargato».

All'interno della degenza si svolgono perciò le attività di assistenza domiciliare, le funzioni specialistiche territoriali e le attività di promozione della salute. Le problematiche affrontate sono di tipo prevalentemente assistenziale e l'unità è finalizzata al recupero dell'autonomia in tempi brevi (15-20 giorni).

Le indicazioni regionali prescrivono un modulo minimo di quindici posti letto, eventualmente ampliabili, con una dotazione organica composta da un infermiere coordinatore, un infermiere case manager, undici infermieri e quattro Operatori Socio Sanitari. Sono inoltre presenti nel presidio tecnici della riabilitazione e assistenti sociali, condivisi con altri servizi della Casa della Salute. Il personale infermieristico opera sia nella DI sia nel punto di primo intervento (uno dei moduli presenti all'interno della Casa della Salute), che assorbe circa il 20% del loro volume di attività.

I pazienti per i quali è formulata la proposta di ricovero sono valutati con appositi strumenti di lavoro, sia sotto il profilo dell'eleggibilità (secondo criteri assistenziali) che riguardo al potenziale carico assistenziale. In particolare, si fa riferimento alle seguenti categorie:

- ▶ pazienti con patologie non acute, stabilizzabili in 20 giorni;
- ▶ pazienti in fase sub acuta e in fase di avviata stabilizzazione prevalentemente per broncopneumonia, diabete scompensato, ulcere e piaghe da decubito;
- ▶ pazienti socialmente fragili.

14.5.2 Le responsabilità attribuite agli infermieri

La DI, quale parte della rete dei servizi territoriali, è posta sotto la responsabilità del Direttore di Distretto. La responsabilità clinica del paziente è affidata al MMG; la responsabilità del Piano Assistenziale è a carico del personale infer-

mieristico, che gestisce direttamente il paziente fornendo prestazioni di differente peso assistenziale in tutte le fasce orarie. L'infermiere responsabile dell'unità garantisce l'appropriatezza, l'efficacia e la qualità di tutte le attività non strettamente cliniche. L'equipe infermieristica diventa responsabile della continuità assistenziale del paziente attraverso una piattaforma assistenziale nella quale si inseriscono le attività di stretta competenza dei MMG.

In questo contesto l'infermiere è chiamato a svolgere una funzione di *case management*, strategica per il funzionamento proficuo della DI. I principali ruoli infermieristici nella DI sono l'infermiere coordinatore e il case manager, le cui funzioni sono presentate nel Box 14.2.

14.5.3 Elementi qualificanti l'esperienza

In questo primo periodo di applicazione della sperimentazione sono state effettuate osservazioni a campione dalle quali sembra emergere un elevato livello di soddisfazione dei pazienti, come confermato dagli infermieri intervistati. Tuttavia, la realizzazione di un sistema di raccolta strutturato del livello di soddisfazione dell'utenza potrebbe contribuire a fornire indicazioni utili al miglioramento del servizio. Un altro aspetto su cui concentrare l'attenzione è, inoltre, il potenziamento dell'informazione sia all'utenza sia ai MMG del servizio e dei vantaggi che questo può portare. Tale informazione

Box 14.2 Principali ruoli infermieristici della DI di Magliano Sabina

Infermiere coordinatore – Organizza e coordina, sentiti i medici curanti, le consulenze specialistiche e gli interventi di diagnostica strumentale. Attiva il servizio di emergenza-urgenza territoriale. Attiva in situazioni di urgenza il MMG. È responsabile del PAI redatto dal MMG e dal personale infermieristico. Provvede alla verifica, alla valutazione periodica dell'attuazione dell'efficacia del PAI, nonché alla sua modifica, in collaborazione con il MMG. Concorda con l'infermiere case manager, sentito il medico curante che ne stabilisce la compatibilità clinica, la dimissibilità del paziente e la verifica della compatibilità con il *setting* assistenziale di destinazione. Firma la scheda di dimissione con il medico curante. Partecipa alle riunioni periodiche stabilite dal dirigente medico di Distretto. Garantisce e promuove la formazione e l'addestramento ai familiari dell'utente preso in carico presso la DI, nonché ai *care-giver* di riferimento.

Case manager – È un infermiere dell'equipe assistenziale. Monitora, in sinergia con il coordinatore infermieristico della degenza, lo svolgimento delle attività. Attraverso un efficace coordinamento dei diversi attori erogatori di servizi necessari a rispondere ai bisogni dei pazienti e alla sua famiglia, monitora l'attuazione del piano assistenziale e valuta, in stretto raccordo con l'equipe, il raggiungimento dei risultati sui pazienti e il corretto uso delle risorse. È il facilitatore del processo assistenziale, chiamato a valorizzare e integrare le professionalità del team di operatori di volta in volta coinvolti nel percorso assistenziale. Alla dimissione garantisce la continuità con il sistema delle cure territoriali e domiciliari.

Tratto da «Regolamento Degenza Infermieristica Magliano Sabina»

dovrebbe raggiungere anche i piccoli comuni delle aree collinari, lontani dal baricentro rappresentato dalla città.

14.6 L'Unità Operativa a Gestione Infermieristica dell'Azienda Policlinico Umberto I° di Roma.

14.6.1 L'innovazione organizzativa: unità di degenza a gestione infermieristica

L'Azienda Policlinico Umberto I ha attivato al suo interno una *Unità Operativa a Gestione Infermieristica* (UOGI), quale struttura sanitaria ospedaliera destinata alla degenza in fase sub acuta. La UOGI si configura come un modello intermedio di cura, ad alta complessità assistenziale e a totale gestione infermieristica. La finalità è quella di fornire assistenza sanitaria in regime residenziale a pazienti post acuti che, nell'ambito delle «dimissioni circostanziate», potrebbero essere gestiti attraverso l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) oppure attraverso il trasferimento nelle tradizionali strutture residenziali come le lungodegenze, le riabilitazioni e le RSA.

Il modello organizzativo di degenza infermieristica ha una vocazione assistenziale; valorizza la figura dell'infermiere dedicato all'assistenza di persone con patologie cronico-degenerative in fase non acuta, ed introduce la figura dell'infermiere case manager con il compito di predisporre un piano operativo assistenziale già al momento della proposta.

La UOGI è una struttura che dipende funzionalmente dalla Direzione Sanitaria e gerarchicamente dall'Area Centrale delle Professioni Sanitarie. La direzione della UOGI è attribuita alla dirigente delle Professioni Sanitarie, afferente all'area universitaria, che opera in stretto contatto con la Direzione Sanitaria e con i coordinatori della UOGI.

Gli obiettivi operativi che si intendono perseguire con l'attivazione della UOGI sono:

- ▶ abbreviare i tempi degenza dei ricoveri ospedalieri, fornendo un'alternativa alla cura e all'assistenza dei soggetti con patologie cronico degenerative in condizioni di fragilità sociale;
- ▶ ottimizzare le giornate di degenza, diversificando la necessità di assistenza infermieristico-ospedaliera attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nella UO per acuti;
- ▶ prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia per il rientro al domicilio o per il ricorso a forme assistenziali territoriali, migliorando il turn over dei posti letto nelle UO per acuti;

- ▶ favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali, nonché lo sviluppo e la condivisione di percorsi assistenziali;
- ▶ favorire il decongestionamento ospedaliero, liberando risorse per l'accogli-mento e la gestione dei nuovi casi acuti, garantendo al contempo il manteni-mento della «presa in carico» e della continuità assistenziale.

L'UOGI ha 18 posti letto e una dotazione organica composta da un coordinatore infermieristico, un infermiere case manager, dodici infermieri clinici e tre ausiliari.

Alla UOGI si accede attraverso trasferimento da una UO per acuti, previa valutazione internistica e valutazione congiunta tra il case manager ed il dirigente medico proponente il trasferimento, nonché mediante la rispondenza ai criteri di eleggibilità o di esclusione compilati dal coordinatore infermieristico dell'UO inviante.

Il dirigente medico della UO dalla quale proviene il paziente ha il ruolo di responsabile consulente per gli aspetti clinici, per i quali dovrà rispondere alle richieste del case manager e/o dell'infermiere clinico assegnato al paziente. In linea generale accedono alla degenza UOGI pazienti in attesa di trasferimento presso altre strutture esterne, pazienti che necessitano il completamento di un percorso terapeutico già definito, oppure pazienti in attesa di un recupero dell'autonomia in tempi relativamente contenuti.

Al momento dell'accesso del paziente, il case manager pianifica il percorso assistenziale e riabilitativo (Programma di Cura Multidisciplinare) con l'apporto delle professionalità specifiche, ponendo particolare attenzione alle problematiche socio assistenziali. Inoltre avvia i primi contatti con la rete socio territoriale. Il regolamento della nuova struttura dedica particolare attenzione alla descrizione del percorso del paziente, come riportato nel Box 14.3.

La durata massima della degenza è di undici giorni, in linea con gli standard aziendali previsti per l'area medica e con la durata media regionale.

Gli interventi assistenziali nei pazienti in carico alla UOGI sono documentati dal professionista nella cartella infermieristica, che ha i requisiti di tracciabilità, veridicità, completezza ed appropriatezza e che assume la valenza giuridica e medico legale di un atto pubblico analogamente alla cartella clinica.

14.6.2 Le responsabilità attribuite agli infermieri

Nella UOGI sono presenti i seguenti ruoli infermieristici:

- ▶ il Coordinatore della UOGI, che pianifica, organizza, gestisce e verifica le attività di tutto il personale del quale è responsabile. È tenuto alla sorveglianza della corretta applicazione delle procedure aziendali ed è responsabile dell'organizzazione della UO;

Box 14.3 Percorso del paziente nella della UOGI del Policlinico Umberto I

Ad inizio attività giornaliera il CM prende visione delle richieste pervenute dalle UO di degenza ordinaria e dà immediata risposta sia ai casi nei quali il paziente non è eleggibile alla UOGI sia ai casi in cui la valutazione è positiva. Il CM verifica la disponibilità dei posti letto in relazione alla domiciliazione dei pazienti e/o trasferimento presso lungo degenze, riabilitazioni, RSA, Hospice. Il CM valuta le priorità di accettazione dei pazienti sulla base dei seguenti criteri: Diagnosi clinica; Durata della permanenza in degenza ordinaria. Il CM valuta le richieste di trasferimento interno e redige l'elenco dei trasferimenti richiesti. Sarà cura del CM mantenere una congrua eterogeneità assistenziale dei pazienti della UOGI al fine di non gravare il carico di lavoro dell'infermiere clinico e rallentare il percorso assistenziale. La gestione dei posti letto in orario di attività del CM è ad esclusivo appannaggio dello stesso. Eventuale disponibilità di posti letto dovrà essere concordata con l'infermiere clinico. Per l'accettazione in UOGI il CM si relaziona con il medico di Direzione Sanitaria referente per la UOGI nel caso in cui sia necessario derogare alla lista di attesa. Il CM, dopo aver approntato l'elenco delle priorità di accettazione, avrà cura di relazionarsi con il Coordinatore Infermieristico della UOC che ha inviato la richiesta di accesso alla UOGI, per recarsi nella UO di degenza del paziente del quale dovranno essere valutate le caratteristiche di rispondenza ai criteri di eleggibilità. Nell'arco di 24/48 ore il CM si deve recare nella UO del paziente potenzialmente eleggibile per UOGI e prendere contatto con il medico Responsabile del degente, per le informazioni di competenza. Il giorno del trasferimento del paziente il CM prende contatto con il medico che ha in cura il paziente trasferibile, il quale dovrà confermarne lo stato clinico e procedere con la lettera di trasferimento alla degenza UOGI: il trasferimento avviene dopo che l'infermiere clinico responsabile del letto di degenza UOGI ha comunicato l'orario di invio nella giornata stessa di accettazione. L'infermiere clinico, valutati sintomi e segni che facciano pensare ad una possibile emergenza/urgenza, avrà l'obbligo di assistere il paziente ed attivare il sistema di emergenza. Qualora le condizioni cliniche del paziente subiscano una modificazione tale per la quale vengano meno i criteri di eleggibilità per la degenza infermieristica il CM o l'infermiere clinico deve provvedere a ricontattare il medico di UO responsabile del paziente al momento dell'invio in UOGI che deciderà per un nuovo ricovero in elezione con le procedure e le modalità previste per la deroga ai ricoveri in elezione.

Tratto da «Funzionigramma - Regolamento della UOGI»

- ▶ il case manager, che garantisce la continuità assistenziale dalla presa in carico alla dimissione. Definisce, verifica e valuta l'efficacia del Programma di Cura Multidisciplinare ed è la figura di riferimento per il paziente, i suoi familiari e l'infermiere clinico dedicato;
- ▶ l'infermiere clinico, che garantisce la continuità assistenziale nelle 24 ore, provvede alla supervisione e al monitoraggio assistenziale e si rapporta con le altre figure professionali della UOGI.

14.6.3 Elementi qualificanti l'esperienza

Questo progetto è la prima UO h24 a gestione infermieristica inserita in una Azienda Ospedaliera Universitaria e rappresenta una sperimentazione pilota che introduce forme assistenziali che garantiscono elevati standard di professionalità congiuntamente al contenimento della spesa. Con la UOGI si aprono nuove prospettive di autonomia assistenziale, in quanto il paziente

può trovare risposta ai propri bisogni con un percorso ad hoc in grado di ridurre i tempi di ospedalizzazione ed aumentare l'appropriatezza del regime di cura.

L'approccio al paziente cronico con queste modalità ha generato una serie di evidenze positive emerse sia dalle interviste effettuate in loco sia dall'analisi della documentazione prodotta. Tra queste si segnalano: la buona percezione dei medici sull'utilità della UOGI, la riduzione della degenza media delle U.O. internistiche unitamente alla maggior appropriatezza della stessa, la riduzione dei rientri dei pazienti nella UO di Medicina, la conseguenziale crescita del turn over dei pazienti nelle U.O. di Medicina, la riduzione di pazienti che dalla UOGI passano in RSA senza indicazioni di cura, l'ottimo clima organizzativo nel gruppo infermieristico.

14.7 La Centrale Aziendale per la gestione della continuità assistenziale del Policlinico Agostino Gemelli di Roma

14.7.1 L'innovazione organizzativa: centrale di continuità assistenziale a gestione infermieristica

Nell'Azienda Policlinico Gemelli è operante da oltre tre anni un sistema di presa in carico del paziente cronico.

Si caratterizza come un modello di continuità assistenziale tra ospedale e territorio a gestione infermieristica, con una forte focalizzazione sulla dimensione sociale.

Questo modello organizzativo prevede la presa in carico del paziente da parte della professione infermieristica fin dall'accettazione, con una prevalutazione delle sue condizioni e bisogni al momento della dimissione, prefigurandone la possibile destinazione post ricovero (domicilio, centro diurno, RSA).

Il luogo fisico ed organizzativo nel quale si pianifica l'attività post ricovero è la Centrale Aziendale per la gestione della continuità assistenziale, ubicata all'interno del Policlinico Gemelli, che dipende gerarchicamente dal Servizio delle Professioni sanitarie.

Gli elementi che hanno contribuito all'attivazione di questo nuovo modello sono così sintetizzabili:

- ▶ il sostegno attivo della Direzione Generale che ha rivisto le logiche di funzionamento e di sostenibilità complessiva, traghettando l'ospedale verso un modello ispirato alla *patient-centered care*;
- ▶ il supporto scientifico di un team di infermieri ricercatori esperti sulle tematiche della cronicità.

Il modello assistenziale della presa in carico prevede che, all'atto dell'accettazione presso il Policlinico, lo stato di salute del paziente sia interpretato dall'infermiere mediante l'uso di due parametri i cui risultati devono essere letti in modo integrato: l'intensità di cura e la complessità assistenziale. In base a questa valutazione si decide l'eventuale attivazione della Centrale di Continuità Assistenziale ed è dunque durante la fase acuta della patologia che l'infermiere ricerca e persegue la soluzione ottimale di dimissione.

I professionisti che lavorano nella Centrale di Continuità Assistenziale si avvalgono di due strumenti operativi:

- ▶ la scheda correlata al sistema Trico, sintesi di due scale che misurano l'Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA) e il livello di criticità di alcuni parametri clinici (*Modiefield Early Warning Score* - MEWS);
- ▶ la scheda RAD SICA, obbligatoria dal 2010 a livello di Regione Lazio, compilata sia all'ingresso che alla dimissione del paziente, che permette di valutare l'eventuale attivazione della Dimissione in Continuità Assistenziale. I criteri di valutazione dello stato di salute contenuti nella scheda indagano aspetti quali l'autonomia funzionale/gestionale, l'integrità cognitiva, l'isolamento sociale, il luogo di dimissione previsto, la presenza e individuazione del *caregiver*.

Tale processo permette di affrontare tempestivamente il problema complesso della gestione del paziente fragile in stretto raccordo con il distretto, grazie al ruolo di integrazione e di interfaccia svolto dall'infermiere case manager che gestisce la continuità del paziente tra ospedale e territorio. L'approccio adottato risponde in modo flessibile e funzionale all'eventuale necessità di predisporre un percorso di continuità assistenziale, attraverso l'inquadramento predittivo (somministrazione della RAD SICA), l'azione proattiva dell'organizzazione (attivazione dei case manager) e l'integrazione organizzativa e professionale (forte collegamento dell'Ospedale con il territorio a cura dell'infermiere).

14.7.2 Le responsabilità attribuite agli infermieri

In questa esperienza gli ambiti di autonomia dell'infermiere sono riferibili alla gestione delle attività di assistenza del paziente e all'organizzazione della dimissione, pianificati mediante l'utilizzo di metodologie di analisi ed interpretazione del quadro diagnostico e dei bisogni. L'aspetto di maggior interesse, però, è rappresentato dalla componente decisionale dell'infermiere sugli interventi alla dimissione che viene identificata, programmata e pianificata grazie alla lettura delle caratteristiche clinico assistenziali in ingresso del paziente, che consente di personalizzare l'assistenza.

Il modello organizzativo alla base della presa in carico e della continuità assistenziale si avvale della presenza di due figure professionali a matrice infermie-

ristica che operano in stretto raccordo con l'equipe infermieristica dell'UO e con il *bed manager* aziendale: il *care manager* (responsabile del percorso) e il *case manager* (responsabile del caso).

Il **care manager** cura l'aderenza del paziente al percorso assistenziale. Ad oggi al Policlinico Gemelli sono presenti tre *care manager* dedicati ai pazienti del dipartimento di Scienze Mediche, del dipartimento Vascolare, del dipartimento di Scienze Chirurgiche. Operano in stretto raccordo con gli undici dirigenti medici responsabili di percorsi trasversali (PDTA).

Il **case manager** è garante della continuità assistenziale per tutti quei casi che necessitano di un particolare percorso di dimissione. Ad oggi questo ruolo centrale per il funzionamento del modello organizzativo è svolto da tre infermieri, coadiuvati da un terapeuta e da un assistente sociale, che seguono specifiche aree dell'ospedale. Il *case manager* accede a tutte le informazioni, da quelle contenute nella RAD SICA a quelle previste nel PAI (Piano assistenziale Integrato). Compito del *case manager*, in sintesi, è quello di sincronizzare i bisogni post dimissione del paziente con il percorso o la struttura più appropriata. Le attività del *case manager* possono essere così riassunte:

- ▶ individuazione, precoce, dei pazienti fragili la cui dimissione ha necessità di continuità assistenziale;
- ▶ definizione di percorsi concordati con le possibili strutture riceventi;
- ▶ gestione della comunicazione con pazienti/familiari e UO di degenza;
- ▶ gestione del flusso dei pazienti verso le strutture territoriali (dimissione protetta).

14.7.3 Elementi qualificanti l'esperienza

L'esperienza del Policlinico Gemelli testimonia la possibilità in ambito ospedaliero di costruire un forte collegamento con il territorio, con l'obiettivo di garantire la continuità delle cure ai pazienti in fase post acuta.

Il modello è la conseguenza operativa di una strategia aziendale ispirata a garantire la centralità del paziente in tutto il processo di cura e di assistenza (*patient centered care*). Questo approccio ha certamente come presupposto la cura della patologia, ma in egual misura la soddisfazione di tutti i bisogni assistenziali dell'individuo, compresi quelli di natura sociale, che spesso si amplificano al momento della dimissione.

La peculiarità dell'esperienza può essere individuata nel fatto che le criticità e i bisogni del paziente al momento della dimissione vengano presi in carico fin dal momento dell'accettazione attraverso la Centrale di Continuità Assistenziale a matrice infermieristica.

La pianificazione della dimissione è integrata con tutti i sistemi operativi e i ruoli di coordinamento a livello aziendale e vede il suo successo anche grazie all'introduzione di ruoli chiave di matrice infermieristica (*case manager* e *care manager*).

La Centrale di Continuità Assistenziale è per molti aspetti un vero esempio di coinvolgimento «a tutto tondo» della professione infermieristica nei processi di assistenza ospedaliera. Si è fatto ricorso a tutti gli spazi di competenza professionale e gestionale del gruppo infermieristico spesso ancora inutilizzati per via dell'uso di modelli organizzativi ospedalieri tradizionali. Accanto al case manager, con competenze organizzative e specialistiche importanti al fine di usare correttamente gli strumenti di lettura dello stato clinico ed assistenziale del paziente, sono presenti i care manager, gli infermieri clinici che con il supporto scientifico di un team di infermieri ricercatori possiedono il *know how* per sviluppare e implementare modelli di presa in carico del paziente sempre più innovativi ed evoluti.

14.8 Considerazioni finali

Da molteplici analisi in precedenza svolte e dal confronto con gli appartenenti ad IPASVI, il percorso di sviluppo manageriale e tecnico specialistico della professione infermieristica non è lineare, ma è caratterizzato da incertezze e ambiguità, peraltro generalizzate in questi ultimi anni nel SSN.

Ciò appare evidente nei casi di Pontecorvo e Magliano Sabina, in quanto le responsabilità e l'autonomia attribuita ai coordinatori delle nuove unità di degenza fanno comunque riferimento alla responsabilità formale del medico di distretto. Nel caso del Policlinico Gemelli non si evidenzia l'esigenza di un coordinatore infermieristico, ma emergono le figure dell'infermiere care manager e case manager. L'esperienza del Policlinico Umberto I appare differente, poiché la presenza di un professore associato di Scienze Infermieristiche, quindi con status universitario, garantisce una autonomia di coordinamento dell'unità di degenza a gestione infermieristica.

È noto che in termini generali la struttura organizzativa che fa da supporto a un modello di assistenza non sempre favorisce la sostanziale attuazione dello stesso. Ciò appare in particolare nei due casi dell'ASL Frosinone - Pontecorvo e dell'ASL Rieti - Magliano Sabina, nelle quali la funzionalità e i risultati delle unità di degenza infermieristica sono influenzate dal tipo di informazione che viene data ai MMG. Più diretta e lineare appare la relazione tra la costituzione delle unità di degenza infermieristica nel Policlinico Umberto I e nel Policlinico Gemelli, nelle quali il coordinamento con le unità di degenza per acuti è più immediato ed è legato alla percezione da parte di queste ultime dell'utilità della nuova struttura.

I nuovi ruoli che emergono da queste esperienze si configurano come un arricchimento della professione infermieristica. Nella presentazione dei casi si è cercato di esplicitare i ruoli decisionali con una chiara distinzione tra contenuti tecnico professionali - tramite cui si applica il principio della specializzazione -,

presa in carico e gestione del percorso assistenziale – che invece richiede l'applicazione del principio di coordinamento e integrazione.

Dal confronto dei tre casi relativi all'area delle cure intermedie ad elevata assistenza infermieristica con unità in regime di degenza (ASL Frosinone, Azienda USL Rieti, Policlinico Umberto I) emergono le seguenti considerazioni:

- ▶ il ruolo determinante giocato dalla Regione che, con una normativa puntuale, ha promosso e determinato l'articolazione e l'avvio di queste esperienze;
- ▶ la funzione fondamentale svolta dalle direzioni aziendali, che nei piani strategici hanno formalizzato questo nuovo modello organizzativo;
- ▶ la definizione di un chiaro obiettivo prevalente del modello, rappresentato dalla riduzione degli accessi impropri al PS e dei ricoveri ripetuti, attraverso la promozione dell'integrazione ospedale – territorio;
- ▶ la distinzione tra responsabilità formale, attribuita al medico direttore di distretto e responsabilità gestionale, attribuita all'infermiere (Case della Salute di Pontecorvo e Magliano Sabina), mentre nel caso del Policlinico Umberto I, la responsabilità formale e gestionale è attribuita ad un dirigente infermieristico in quanto professore associato;
- ▶ la gestione operativa della UO è sempre attribuita a figure infermieristiche: a Ponte Corvo e Magliano Sabina è centrale il ruolo del coordinatore infermieristico affiancato dall'infermiere clinico, mentre al Policlinico Umberto I assume un ruolo centrale la figura del case manager infermieristico in stretto raccordo con l'infermiere clinico.

Nelle tre esperienze si evidenzia la figura del case manager, figura infermieristica che ha l'autonomia e la responsabilità del percorso del paziente, e garantisce la corretta e omogenea applicazione dei criteri di accesso alla degenza infermieristica, nonché la continuità assistenziale. La valutazione del paziente in ingresso a Ponte Corvo e Magliano Sabina è svolta dal coordinatore infermieristico affiancato dall'infermiere clinico, mentre al Policlinico Umberto I è funzione attribuita al case manager della UOGI, in stretto raccordo con l'equipe infermieristica della UO di provenienza del paziente. La responsabilità del Piano di Assistenza Integrata (PAI) e della dimissione del paziente a Ponte Corvo e Magliano Sabina è del coordinatore infermieristico e del MMG, mentre al Policlinico Umberto I è del case manager con l'eventuale coinvolgimento di altre figure professionali; nelle realtà territoriali la supervisione clinica è svolta con continuità dai MMG, mentre nella realtà ospedaliera è garantita dai medici del reparto di provenienza.

Un'ulteriore analisi riguarda i due casi di Unità di degenza a responsabilità infermieristica territoriali e Unità di degenza ospedaliera. Nei casi di Ponte Corvo e Magliano Sabina, elemento critico e cruciale per il successo dell'iniziativa è la sensibilizzazione e corresponsabilizzazione dei MMG che orientano i pazienti

verso l'assistenza infermieristica, riducendo gli accessi impropri al Pronto Soccorso. Dalle interviste è apparsa una correlazione tra il livello di coinvolgimento dei MMG e il flusso di pazienti con patologie cronico-degenerative in fase non acuta inviati alla UO di degenza infermieristica.

Nei due casi ospedalieri è importante sottolineare il tema dell'integrazione ospedale-territorio, in quanto emergono due differenti approcci: il Policlinico Umberto I offre al suo interno un'opportunità di assistenza ai pazienti che nella fase post acuta non sono in grado di essere trasferiti al domicilio, mentre il Policlinico Gemelli si preoccupa della continuità assistenziale fin dall'accettazione di tutti i pazienti con potenziali criticità di dimissione. In questo senso avviene una dilatazione di confini dell'ospedale, che non limita la sua azione alla gestione della fase acuta del paziente, ma prende in carico la persona.

Di particolare interesse il caso del Policlinico Umberto I, che ha molto investito sull'attivazione di una «rete integrata territoriale», con l'attivazione di un modulo di «cure intermedie ad elevata assistenza infermieristica», con una unità in regime di degenza. Dal confronto delle due realtà ospedaliere (Policlinico Umberto I e Policlinico Gemelli) emergono ulteriori considerazioni:

- ▶ nel caso del Policlinico Umberto I l'attivazione dell'esperienza è stata fortemente condizionata dalle strategie regionali che sono state fatte proprie dalla direzione aziendale, mentre nel Policlinico Gemelli il cambiamento è stato interamente promosso dal vertice aziendale;
- ▶ il focus delle due esperienze è in parte differente. Nel caso del Policlinico Umberto I l'attenzione prevalente è rivolta alla riduzione degli accessi impropri al PS e dei ricoveri ripetuti, mentre il Policlinico Gemelli punta a garantire la centralità del paziente nel processo di assistenza e cura con particolare riguardo al momento della dimissione del paziente fragile;
- ▶ in entrambe le esperienze la responsabilità formale è attribuita al Dirigente delle professioni sanitarie;
- ▶ per quanto riguarda la gestione operativa sia dell'UO sia del percorso del paziente, in entrambi i casi è chiave il ruolo del case manager, che valuta e monitora il paziente dall'ingresso alla dimissione.

L'analisi condotta è un'ulteriore conferma di un aspetto molto diffuso nel SSN e, in generale, nel sistema Italia. La presenza di soluzioni innovative pone una sfida per la politica di tutela della salute della Regione Lazio, come di altre Regioni: quella di verificare la validità delle esperienze pilota e di attivare specifiche azioni per la loro generalizzazione.

Ciò in applicazione del principio della sperimentazione attiva (cioè realizzata nelle concrete realtà e non in laboratorio), euristica (cioè da verificare sulla base di risultati effettivi), diffusiva e generalizzabile (quando i risultati delle sperimentazioni sono positivi).

Bibliografia

- Adams A., Lugsden E., Chase J., Bond S. (2000), «Skill-mix changes and work intensification in nursing», *Work Employment and Society*, 14(3):541-555.
- Armeni P., Ferrè F. (2014) «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2014*, Milano: Egea
- Del Vecchio M., De Pietro C. (2011), «Lo sviluppo della professione infermieristica: opportunità e condizioni», *Mecosan*, 80:9-26
- Filannino C., Lega F., Sartirana M. (2013), «L'evoluzione dello skill mix nelle aziende sanitarie italiane», in Cantù E. (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2013*. Milano: Egea
- Trincherò E. (1999), «Case management: approccio sistemico alla gestione del paziente», *Mecosan*, 32:33-45