



## GRUPPO INTERAZIENDALE

# Sviluppo delle professioni sanitarie in area metropolitana di Bologna



# SOMMARIO

- **Premessa** *pag. 3*
- **Prima parte: le professioni Sanitarie: dalla mansione alla professione** *pag. 4*
- **Seconda parte: il tavolo di lavoro “gruppo interaziendale sviluppo professioni sanitarie in area metropolitana di Bologna** *pag. 6*
- **Terza parte: proposte di sviluppo futuro in area metropolitana di Bologna** *pag. 9*
  
- **Allegati** *pag. 14*

## **Allegato 1**

Individuazione della Direzione Assistenziale e del Direttore assistenziale quale componente della Direzione Strategica Aziendale.

## **Allegato 2**

La doppia faccia del “ bed management“ da innovativo modello organizzativo a fil rouge fra ospedale e territorio: il ruolo dell’infermiere.

## **Allegato 3**

Cure intermedie il ruolo del fisioterapista.

## **Allegato 4**

La ridefinizione del ruolo dei professionisti TSRM.

## **Allegato 5**

I TSLB nella riorganizzazione dei laboratori metropolitani.

## **Allegato 6**

L’ostetrica nella casa della salute: l’ostetrica di comunità

- **Conclusioni** *pag. 30*
- **Bibliografia** *pag. 32*



## **Premessa**

*Il documento finale del "Gruppo interaziendale sviluppo delle professioni sanitarie in area metropolitana di Bologna" voluto dalla CTSSM e insediato in ottobre 2016 ha concluso il lavoro con l'elaborazione di un documento di sintesi inviato ufficialmente alle Direzioni Generali e alla CTSSM.*

*Le Professioni Sanitarie, da sempre impegnate nell'attivare sinergie con tutte le famiglie Professionali, in primis quella dei Medici, per far crescere una cultura organizzativa/professionale che sappia riconoscere il ruolo delle Direzioni Assistenziali e sostenere il cambiamento che è richiesto dal contesto sociale, economico e culturale, ma anche dalla domanda di salute dei cittadini.*

*E' importante liberare tutte le energie contributive offerte dalle Professioni Sanitarie per rispondere ai bisogni di salute della cittadinanza, tenuto conto dell'andamento epidemiologico demografico e della necessità di riprogrammare l'offerta, dedicando le strutture ospedaliere al trattamento dell'acuzie, spostando l'orizzonte territoriale sulle cure intermedie, in modo particolare sullo sviluppo delle Case della Salute e dell'assistenza territoriale e domiciliare.*

*Le Professioni Sanitarie stanno pienamente dimostrando di essere pronti a sostenere e sviluppare le proprie autonomie professionali per rispondere a, nuovi e più complessi bisogni di salute dei cittadini nei diversi setting di cura, dall'ospedale ai nuovi contesti assistenziali delle Case della Salute e Ospedali di Comunità, hanno colto le nuove sfide professionali e messo in discussione i loro saperi e le loro competenze per adattarle ai nuovi bisogni dei pazienti.*

*Il documento finale elaborato dal gruppo per la nuova proposta di organizzazione della Direzione Assistenziale vuole essere una cornice di riferimento da condividere in CTSSM,, confermando il ruolo crescente delle Professioni Sanitarie, descrivendone una responsabilità trasversale e multidisciplinare.*

*La proposta che di seguito verrà presentata, colloca la Direzione Assistenziale nel ciclo strategico delle Aziende Sanitarie e trasformandolo nella "quarta gamba" della responsabilità Aziendale come partecipazione a pieno titolo alla Direzione Strategica Aziendale.*

## **PRIMA PARTE - Le professioni sanitarie: dalla mansione alla professione**

### **L'evoluzione normativa delle professioni sanitarie**

In Italia negli ultimi venti anni le Professioni Sanitarie nel loro complesso hanno raggiunto efficaci traguardi sia sul piano dell'autonomia professionale che del riconoscimento normativo. I risultati raggiunti sul piano normativo e culturale hanno determinato maggiori attese di autonomia decisionale e organizzativa, viste come condizioni indispensabili e necessarie per il pieno esercizio delle proprie responsabilità.

Il processo di professionalizzazione delle Professioni sanitarie *infermieristiche, ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione* dura da tempo è dal 1992 che sono intervenuti, provvedimenti importanti (D.Lgs 502/1992 , 42/99 alla legge ,43/2006 ) che riguardano le diverse Professioni.

### **Sviluppi recenti**

Nella legge 190/2014, "Legge di stabilità", all'interno della lunghissima serie di articoli e commi, ne viene inserito uno che ha suscitato parecchio clamore e forti tensioni tra la classe medica e gli altri professionisti sanitari il " comma numero 566 " che richiama a sua volta gli orientamenti del Patto per la salute e pone le basi per intervenire sui ruoli, funzioni e modalità operative dei professionisti sanitari, sostenendo l'evoluzione delle loro competenze anche attraverso percorsi di formazione complementare e privilegiando i sistemi a rete e il lavoro in squadra.

E' infatti innegabile che la valorizzazione e l'attribuzione di competenze diffuse tra le diverse figure sia un obiettivo sfidante per chi si occupa di organizzazione e management sanitario, al fine di creare processi e percorsi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei pazienti che risultino efficaci ed efficienti.

Questo momento storico per le professioni sanitarie, è sicuramente un importante traguardo raggiunto sotto il profilo normativo che deve essere confermato e radicato sotto il profilo organizzativo. Infatti negli ultimi 20 anni si sono poste le basi, almeno dal punto di vista normativo, per segnare profondi passaggi nelle professioni .

Il raggiungimento di questi risultati dal punto di vista normativo è conseguente a una maturazione culturale che ha creato, una maggiore consapevolezza sul posizionamento delle professioni nel sistema sanitario, con particolare riferimento alle relazioni con le altre componenti professionali.

### **Quadro di riferimento**

La conoscenza della struttura epidemiologica e demografica della popolazione per età e genere, rappresenta il punto di partenza per la comprensione dei principali bisogni di salute di un Paese e la base per le scelte di programmazione sanitaria.

Le indicazioni e gli obiettivi contenuti nel Patto per la salute 2014-2016 e nel piano nazionale della cronicità prendono atto del contesto demografico ed epidemiologico e pongono specifica attenzione all'efficacia, all'appropriatezza, alla sostenibilità del sistema e alla necessità di valorizzare, rafforzando ,il patrimonio professionale operante nel sistema stesso.

La cornice di riferimento istituzionale, normativa ed organizzativa delle iniziative volte al miglioramento della qualità dell'assistenza, è definita dal Patto per la salute, dai Livelli essenziali

di assistenza, dal Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS), dal Programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel Servizio sanitario nazionale (PROQUAL), dal Programma Nazionale Esiti (PNE), dal Sistema Nazionale per le Linee Guida, dall'Osservatorio nazionale buone pratiche per migliorare la sicurezza del paziente. Non deve essere sottovalutato infatti, che, per una efficace ed equa strutturazione di sistema, sia sanitaria, sia economica, è necessario riflettere da un lato, sul cambiamento del contesto demografico-epidemiologico (invecchiamento della popolazione, aumento della prevalenza della patologia cronica, multimorbidità, fragilità .. ) e dall'altro sulla sempre minore disponibilità di risorse economiche sia pubbliche, sia delle famiglie che hanno portato a una progressiva crescita e diversificazione di richieste di intervento sanitario e sociale (Fantini ed al. 2013 ).

Contestualmente al quadro demografico ed epidemiologico, anche l'offerta sanitaria si è evoluta. Negli anni Novanta è stato avviato un processo di ammodernamento dell'assistenza ospedaliera e di ridefinizione delle professionalità sanitarie; entrambi mirati, alla razionalizzazione dell'offerta e al miglioramento dell'efficienza ed efficacia di sistema (Osservasalute, 2012).

La crisi economica e l'introduzione dei termini economici in sanità, ha prodotto nel tempo un ridisegno del "contenitore salute" in relazione al fatto che, in un contesto come quello delineato, i percorsi di cura non possono concludersi all'interno dell'ospedale. I percorsi di cura devono essere integrati tra ospedale e territorio e tra territorio ed ospedale e devono tendere anche a evitare l'isolamento sociale che può essere causa di frequenti riospedalizzazioni (Giuliet al., 2012).

La presa in carico degli assistiti -territoriale oppure ospedaliera -dovrà prevedere un modello che si caratterizzi per la capacità di porre il paziente al centro del percorso di cura (patient -centered care; modello Bio-Psico-Sociale), puntando all'integrazione e alla personalizzazione dell'assistenza. Risulta, infatti, particolarmente funzionale allo sviluppo e all'utilizzo dei percorsi clinico assistenziali integrati, la traduzione locale delle linee guida nella pratica clinica, cosa che pare rispondere meglio non solo ai bisogni assistenziali di pazienti sempre più anziani e affetti da complesse polipatologie, ma anche alla necessaria integrazione multidisciplinare e multiprofessionale.

Poiché le esigenze organizzative dell'ospedale per acuti impongono il massimo contenimento delle degenze, il sistema di cura extraospedaliera deve armonizzare le proprie offerte assistenziali con i nuovi bisogni legati alla cronicità, minimizzando il rischio di discontinuità delle cure e di errori gestionali e prevedendo un'integrazione professionale orientata al servizio.

La transizione epidemiologica, fortemente determinata dai mutamenti demografici in corso, impone in modo ormai improrogabile il riorientamento dell'intera offerta assistenziale, volta non solo ad assicurare adeguate risposte agli eventi acuti o a subentranti instabilità cliniche correlate all'aumento della prevalenza e dell'incidenza di patologie cronico -degenerative, ma soprattutto a garantire efficaci strategie preventive e pro-attive. È necessario assicurare altresì l'attivazione di setting assistenziali che consentano di affrontare e gestire, in un'ottica di continuità delle cure, le problematiche di salute connesse agli esiti già manifesti della cronicità.

Affinché tale cambiamento possa essere compiutamente realizzato è necessario che sia realmente garantita la "continuità assistenziale", intesa come l'attivazione di specifici percorsi di cura attraverso l'adozione di opportuni strumenti di raccordo nonché di professionalità appropriate, come ad esempio quella infermieristica, per rispondere ai nuovi bisogni (Accordo Stato-Regioni, 2004).

Nel recente Piano nazionale per la cronicità (QS luglio 2016) la professione infermieristica è indicata come la professione in grado di perseguire positivi risultati nell'esercizio della funzione di "care management" e quindi nella gestione della continuità assistenziale e del lavoro in rete.

## **SECONDA PARTE - Il tavolo di lavoro “ gruppo interaziendale sviluppo professioni sanitarie in area metropolitana di Bologna“.**

Nel contesto sociale e sanitario descritto precedentemente nasce il Tavolo di lavoro interaziendale “Sviluppo delle Professioni Sanitarie”: in sede di Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria dell’area metropolitana di Bologna viene dato mandato alle Direzioni Generali di creare e di sviluppare il progetto.

Le Direzioni Generali dell’Area Metropolitana hanno individuato al suo interno i professionisti che avrebbero dovuto fare parte del tavolo di lavoro, scegliendo quelli che meglio potessero rappresentare le peculiarità aziendali e in modo che il gruppo di lavoro fosse composto in maniera bilanciata da esponenti di tutti i ruoli sanitari coinvolti nel mandato. In data 1 dicembre 2016 si è aggiunta al gruppo anche l’AUSL di Imola, coinvolta in CTSS.

Il gruppo di lavoro designato dalle Direzioni Generali è così composto : Dott.ssa Maria Luisa De

Luca Dirigente Medico AUSL Bologna, Dott.ssa Gabriella Gavioli Direttore DATeR AUSL Bologna, Dott.ssa Roberta Toschi DATeR AUSL Bologna, Dott. Marco Miceli Dirigente Medico AUSL Bologna, Dott.ssa Cinzia Vicinelli DATeR AUSL Bologna, Dott. Pietro Calogero Dirigente Medico AOSP di Bologna, Dott.ssa Carolina Guerrieri Direttore ff DPS AOSP di Bologna, Dott. Vincenzo Manigrasso Dirigente Prof. Sanitarie DPS AOSP di Bologna, Dott. Stefano Durante Dirigente Prof. San. Serv. Ass. IOR Bologna, Dott. Vincenzo Nardacchione Dirigente Medico IOR Bologna, Dott.ssa Patrizia Taddia Direttore Serv. Assistenziale IOR Bologna, Dott. Davide Carollo Direttore SIT AUSL Imola, Dott.ssa Ivana Nanni SIT AUSL Imola, Dott. Andrea Neri Dirigente medico AUSL Imola, Dott.ssa Enrichetta Zanotti Dirigente Prof. Sanitarie e coordinatore del gruppo AOSP di Bologna, Dott. Giulio Palazzi Studente Public Management UNIMORE



## **Obiettivi del tavolo**

Nella definizione degli obiettivi sono dovute rientrare gioco forza valutazioni riguardanti :

- La strategia delle organizzazioni coinvolte
- I desideri e le esigenze delle persone coinvolte nella futura soluzione (stakeholders)
- I requisiti impliciti ed espliciti di chi ha commissionato il progetto
- Eventuali disposizioni normative, legali, vincoli tecnici o altre condizioni quadro

Queste valutazioni hanno spinto a sviluppare il mandato per fasi, separate ma collegate fra loro, con l'elaborazione di proposte da riportare alle Direzioni Generali e alla CTSS nelle seguenti macro aree:

- Analizzare il modello di relazione delle Direzioni Assistenziali con il livello Strategico delle Aziende Sanitarie per creare una proposta finalizzata all'aggiornamento delle indicazioni regionali sugli atti aziendali
- Analizzare l'evoluzione del ruolo del Professionista Sanitario nei diversi contesti clinico - assistenziali sia dal punto di vista professionale che da quello gestionale, altresì definendone ambiti di competenza, responsabilità e relazioni con le altre Professioni.
- Analizzare i percorsi universitari per le Professioni Sanitarie e valutare se possano essere proposte modifiche innovative nella didattica per formare professionisti adeguati ad avere un ruolo attivo nel contesto sanitario attuale

In questo modo è chiaramente visibile una priorità negli obiettivi, che non sono allineati orizzontalmente ma mostrano una scala di valori: si parte analizzando la "macrostruttura" in cui si inserisce il lavoro dei professionisti sanitari e come questa può essere innovata modificando la posizione della dirigenza e conferendole un ruolo strategico rilevante. Solo una volta designate le modifiche al vertice a cascata è stato valutato come portare il cambiamento nelle singole aree e nei singoli operatori, fino a toccare la formazione degli stessi. Questa sorta di "scala gerarchica degli obiettivi" ha permesso di fungere da guida durante lo svolgimento dei lavori.

## **Tempogramma dei lavori**

Per poter rispondere alle esigenze organizzative, la coordinatrice del gruppo ha programmato le scadenze temporali a cui attenersi, che possiamo riassumere con il seguente diagramma di Gantt:

- Ottobre -Novembre 2016: nomina ed insediamento del gruppo di lavoro ed analisi del mandato dei Direttori Generali.
- Dicembre 2016: analisi relativa al modello attuale di relazioni delle Direzioni Assistenziali con il livello strategico aziendale ed elaborazione della proposta di riorganizzazione dello stesso.
- Dicembre 2016 -Gennaio 2017: colloqui individuali con i dirigenti delle professioni sanitarie di area infermieristica, ostetrica, tecnica e della riabilitazione per l'individuazione di progetti di sviluppo delle singole professioni (di maggior rilevanza: ospedali di comunità, case della salute, modelli assistenziali per intensità di cura).

- Gennaio -Marzo 2017: proposta di aggiornamento delle indicazioni regionali sugli atti aziendali relative alla DIT ;
- Marzo 2017: elaborazione della prima bozza del documento finale da presentare ai Direttori Generali.
- Aprile -Maggio -Giugno 2017: analisi delle esperienze in area metropolitana di Bologna in particolare è stato affrontato il tema : continuità assistenziale e presa in carico domiciliare, case della salute e ospedali di comunità. Formulazione di proposte di sviluppo futuro rispondenti agli attuali bisogni della Sanità.
- Luglio 2017: presentazione del documento finale alle Direzioni Generali per la definitiva approvazione e presentazione in CTSS.

### **Organizzazione del lavoro**

Il tavolo di lavoro si è riunito in media 2 volte al mese.

Come riportato nel tempogramma del paragrafo precedente, tutto il progetto prevede momenti di confronto con le Direzioni Generali. L'elaborazione e la presentazione del documento finale deve infatti così avvenire per gradi, fino alla stesura definitiva eseguita in luglio 2017: questa è strutturata in punti, in modo da lasciare aperti spazi a successivi approfondimenti e rielaborazioni che non sono emerse in corso d'opera e che potranno rendersi utili o necessarie in futuro.

Per facilitare lo scambio e la condivisione di informazioni tra i partecipanti è stata creata successivamente al primo incontro una cartella condivisa sulla piattaforma Dropbox, libera ed accessibile: indirizzi email di è stata data la possibilità di consultare i documenti in essa contenuti e di fornirne a propria volta di nuovi, inerenti alla propria azienda o che vengono ritenuti interessanti ai fini degli obiettivi del tavolo di lavoro. La cartella è stata organizzata al suo interno in sotto – cartelle per argomenti (otto parti: fondamenti legislativi, documenti di riferimento dei modelli organizzativi, documenti di riferimento delle professioni sanitarie, documenti di riorganizzazione, esperienze di realtà italiane, esperienze di realtà estere, sintesi degli incontri, formazione ed università) al fine di renderne più immediata ed efficace la consultazione.

### **Metodologia di lavoro**

Possiamo definire il progetto uno “studio di caso” su un tema complesso volto alla produzione di proposte da presentare in CTSS che rinnovino il ruolo dei professionisti sanitari coinvolti.

Parlando di grande complessità ambientale, certo la Sanità ne è ottimo esempio in quanto luogo dove confluiscono esperienze e professionalità estremamente variegata tra loro, tutte fondamentali per il realizzarsi in modo corretto di un processo di cura efficace ed efficiente. Per questa ragione le Direzioni hanno valutato di procedere con il progetto “Tavolo di Sviluppo delle Professioni Sanitarie” attraverso la creazione di un gruppo di lavoro, che in teoria permette di far sì che le competenze del singolo possano diventare un “bene comune”.

## **TERZA PARTE - Proposte di sviluppo futuro in area metropolitana di Bologna**

Il gruppo di lavoro ritiene di mettere in evidenza alcuni elementi per aprire il confronto con la CTSSM :

- Individuazione della Direzione Assistenziale e del Direttore assistenziale quale componente della Direzione Strategica Aziendale ;
  
- La Formazione e la ricerca per migliorare l'assistenza ai cittadini ;
  
- L'evoluzione delle competenze avanzate e specialistiche “ per le professioni sanitarie .

### **Individuazione della Direzione Assistenziale e del Direttore assistenziale quale componente della Direzione Strategica Aziendale**

La Direzione Assistenziale nella proposta del gruppo di lavoro diventa parte della Direzione Strategica è una grande opportunità per allargare l'area di responsabilità e delle capacità dell'organizzazione di generare risposte e valori, arruolando anche competenze diverse da quelle che tradizionalmente hanno svolto questo tipo di attività. Oggi la cultura delle professioni sanitarie, consente di arricchire le organizzazioni di molto in ambito organizzativo ,spesso non riscontrabili in altre figure professionali. Ci sono oggi le condizioni per dare un segnale chiaro di una evoluzione di un sistema che non può che maturare attraverso la contaminazione dei saperi.

La sfida sarà far crescere una cultura organizzativa che sappia riconoscere il ruolo delle Direzioni Assistenziali e sostenere il cambiamento e l'innovazione dell'intero sistema Sanitario.

La Direzione Assistenziale si deve trasformare tenendo conto dei mutati contesti gestionali sempre più partecipati e professionalmente integrati, oltre ad individuare nuovi livelli di responsabilità e funzioni, in una logica di governo efficiente delle risorse e di risposta appropriata ai bisogni prioritari di salute.

Le professioni sanitarie con ruoli diversificati in una organizzazione non più verticale delle cure ma orizzontale ,in grado di raccogliere tutte le migliori soluzioni possibili per soddisfare i bisogni degli assistiti è la chiave di svolta della nuova sanità.

La strada è quella di un modello organizzativo orizzontale con il paziente al centro.

I processi di cura ed assistenza non si fanno senza sinergie, confronto di saperi , di metodi e modelli. Non si fanno appropriatamente senza mai rivedere capacità e ambiti di competenze non per” intaccare ed erodere il campo di attività di questo o di quel professionista “, ma per essere invece complianti con l'evoluzione generale e ineludibile dei saperi, dei bisogni, dei sistemi organizzativi e soprattutto con le necessità e le aspettative dei cittadini.

La nostra meta come Professioni sanitarie nelle Direzioni assistenziali , non deve essere quella di ricoprire un ruolo o una posizione importante di lavoro, quanto piuttosto quello di orientare guidare ed interpretare in modo diverso le Professioni che devono necessariamente cambiare, in un sistema che si modifica in continuazione e che ha aperto la strada a nuove sfide professionali.

## La Formazione e la ricerca per migliorare l'assistenza ai cittadini

Il gruppo propone :

*A ) Di creare un centro interaziendale in area metropolitana di Bologna, per lo sviluppo della ricerca scientifica nell'ambito delle professioni sanitarie.*

E' il momento della misurazione sul campo della ricerca e della sperimentazione clinica, organizzativa ed educativa, promuovendo iniziative e percorsi che aiutino allo sviluppo delle competenze e al miglioramento delle performance sia dei singoli professionisti sia delle équipes professionali impegnate nell'assistenza alle persone.

L'obiettivo deve essere far avanzare la Cultura e la Ricerca delle professioni sanitarie per migliorare l'assistenza ai cittadini.

In area metropolitana di Bologna è attivo : da 18 anni il **centro Studi EBN dell'AOSP** che rappresenta una organizzazione di eccellenza per la diffusione dell'evidence -based practice nel panorama italiano e da 11 anni il **centro ricerca delle professioni sanitarie dello IOR** che rappresenta una struttura, riconosciuta d'eccellenza che progetta, attua e diffonde i risultati della ricerca in ambito delle professioni sanitarie.

Il centro interaziendale per lo sviluppo della ricerca in ambito metropolitano organizzato, su diverse articolazioni anche in collaborazione con L'Università ,avrà come principali ambiti di attività :

- 1.La ricerca clinico-assistenziale con particolare riferimento alla formazione ed al supporto metodologico, alla consulenza e aiuto nella stesura di protocolli di ricerca, alla supervisione nella ricerca della letteratura e alla stesura dei manoscritti per le pubblicazioni ;
- 2.La progettazione ,conduzione e diffusione di progetti di ricerca multicentrici ;
- 3.La valutazione critica degli studi scientifici e la diffusione delle evidenze scientifiche in ogni forma e metodo ;
- 4.La progettazione, conduzione e diffusione di audit clinici ;
- 5.La realizzazione di momenti formativi presso le quattro aziende.

*B ) Formazione dei professionisti in area metropolitana :*

La definizione del fabbisogno formativo per supportare i cambiamenti x la futura sanità in area metropolitana di Bologna è un tema rilevante e strategico sia, per il cittadino /paziente, la cui garanzia di ricevere cure e assistenza nel futuro è direttamente correlata alla quantità e qualità dei professionisti sanitari che saranno a disposizione, sia per i professionisti che devono contare su una organizzazione del lavoro adeguata alle sfide del futuro.

I cambiamenti indotti dal mutato contesto epidemiologico e dalla riorganizzazione dei servizi che devono tener conto delle grandi innovazioni tecnologiche e di processo in atto richiedono un profondo ripensamento dei modelli e dei percorsi formativi a tutti i livelli. Aggiungasi il ricambio generazionale in arrivo che può rappresentare, se non gestito correttamente e con grande tempestività , una opportunità di supporto al cambiamento ma anche, un rischio per il SSN che non avrà le risorse professionali adeguate e necessarie per rispondere ai bisogni della popolazione.

Ciò rende indispensabile definire nuovi criteri di programmazione, gestione e valutazione delle attività formative coerenti con le nuove sfide del SSN e ai nuovi modelli e fabbisogni organizzativi. La formazione per le professioni sanitarie ha un ruolo essenziale sia per

l'assistenza ospedaliera che è quella territoriale e ancora di più come garanzia della necessaria continuità assistenziale.

Il gruppo ritiene di prioritaria importanza promuovere in area metropolitana :

- percorsi formativi multidisciplinari sulla base dei bisogni di salute funzionali ai ruoli operativi specifici nell'ambito dell'integrazione professionale per la piena realizzazione del futuro progetto di riorganizzazione dei servizi sanitari distrettuali e ospedalieri nell'area metropolitana bolognese ;
  
- percorsi formativi per sviluppare competenze di "Bed Manager "per favorire l'implementazione di nuovi modelli logistico organizzativi di bed management in ospedale e sul territorio .

Il gruppo ritiene per le tematiche di cui sopra di proporre il coordinamento per la definizione dei bisogni formativi al "centro interaziendale per lo sviluppo della ricerca " .

### **L'evoluzione delle competenze avanzate e specialistiche delle professioni sanitarie**

Il gruppo ritiene importante affrontare il tema delle " competenze avanzate e specialistiche " per le professioni sanitarie in particolare ,per la professione infermieristica ,da una parte ,per gestire il cambiamento in atto nella sanità in area metropolitana e dall'altra parte per cogliere la sfida del nuovo CCNL del comparto che permetterà il pieno riconoscimento delle competenze avanzate e specialistiche per le professioni sanitarie di cui alla legge 251 del 2000.

L'infermiere con ruoli diversificati in una organizzazione non più verticale delle cure ma orizzontale ,in grado di raccogliere tutte le migliori soluzioni possibili per soddisfare i bisogni degli assistiti è la chiave di volta della nuova Sanità secondo lo studio NURSE sul tema " l'evoluzione delle competenze infermieristiche " presentato nel 2015 dal Centro ricerche e studi management sanitari dell'Università Cattolica.

Le competenze avanzate degli infermieri " facilitatori " dei processi organizzativi , " coordinatori " per la gestione delle risorse umane, "specialisti " per l'assistenza ospedaliera e territoriale , con forte propensione alla multidisciplinarietà e allo svolgimento di attività integrate grazie all'interazione con altri professionisti. La centralità della professione infermieristica sia a livello di coordinamento per garantire l'efficienza delle " piattaforme" tecnologiche e logistiche, sia per l'integrazione delle competenze nella gestione dei pazienti all'interno dei percorsi di diagnosi e cura con presa in carico integrata e continua.

Alla luce delle diverse sperimentazioni avviate in Italia relative all'" infermiere di famiglia e di comunità" si ritiene di proporre come spunto di lavoro futuro un confronto in area metropolitana sul tema: l'introduzione dell'infermieristica "di famiglia e di comunità" nell'ambito dei servizi territoriali e domiciliari .

Dopo i primi incontri il Gruppo di lavoro ha ritenuto utile partire da una analisi ,dei documenti relativi alla programmazione dell'assistenza territoriale e della rete ospedaliera dell'area metropolitana e dei principali riferimenti legislativi (Dm 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, DGR. 2040/ 2015 "Linee di indirizzo per la riorganizzazione , L'evoluzione degli OSCO in regione Emilia-Romagna Casa della salute ( Dgr. 291/2010 ), Dgr 2128/2016 Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa ) per poi passare alla analisi delle principali esperienze

in ambito metropolitano relative

a:

- Continuità assistenziale e presa in carico domiciliare;
- Case della salute;
- OsCo.

In particolare è stato analizzato il ruolo del professionista sanitario nei diversi contesti clinico-assistenziali sia dal punto di vista gestionale che professionale.

### **Alcune considerazioni**

La presa in carico degli assistiti, territoriale e ospedaliera, deve prevedere un modello che si caratterizzi per la capacità di porre il paziente al centro del percorso di cura, *puntando all'integrazione e alla personalizzazione dell'assistenza.*

E' infatti ,particolarmente funzionale allo sviluppo e all'utilizzo dei percorsi clinico assistenziali integrati, la traduzione locale delle linee guida nella pratica clinica, cosa che pare rispondere meglio non solo ai bisogni assistenziali di pazienti sempre più anziani e affetti da complesse polipatologie, ma anche alla necessaria *integrazione multidisciplinare e multiprofessionale* e l'attivazione di un team che includa i vari professionisti, ognuno con il proprio ruolo all'interno di un percorso integrato, in grado di prendere in carico il paziente

In questo ambito e nel contesto del lavoro multiprofessionale e multidisciplinare è necessario, che la funzione delle professioni sanitarie e in particolare quella infermieristica, contribuiscano a orientare l'assistenza erogata ai malati cronici basandosi su approcci di assistenza proattivi ( approccio sistemico ed " evidence-based alle patologie croniche che coinvolge tutti i produttori di assistenza, quello contenuto nel cronic care model C.C.M descritto dall'OMS ).

E 'necessario orientarsi verso un approccio più " solido " e " ambizioso " nella ridefinizione dei modelli organizzativi e assistenziali e nella rimodulazione dell'assistenza primaria, mettendo in campo una presa in cura maggiormente impostata sulla logica " dell'andare verso il cittadino ".

Resta aperto il fronte sulle reti multi professionali di presa in cura e di continuità assistenziale, dove il ruolo delle professioni sanitarie diventa determinante per assicurare la continuità delle cure, imparando a lavorare in una logica interprofessionale.

Le professioni sanitarie e in particolare gli infermieri stanno pienamente dimostrando di essere pronti a sostenere e sviluppare le proprie autonomie professionali per rispondere a nuovi e più complessi bisogni di salute delle persone in ogni setting di cura, da quelli tradizionali ,come l'ospedale, fino ai nuovi contesti assistenziali rappresentati dalle case della salute e dagli ospedali di comunità, perseguendo la personalizzazione e la prossimità delle cure nel rispetto della complessità clinica e assistenziale.

Ampliare e rinnovare l'assistenza primaria andare verso la costituzione di aggregazioni multiprofessionali, verso la creazione di reti assistenziali, verso l'assistenza nel domicilio dei cittadini, verso gli ospedali di comunità e le strutture intermedie territoriali.

Lavoro di squadra : la salute e l'assistenza ai pazienti non si fa continuando a " sopravvivere " l'uno contro l'altro armati e non si fa senza quelle sinergie e quella divisione di compiti e competenze che non intaccano i saperi, ma consentono di realizzare per i pazienti quella

continuità nell'assistenza che va oltre la qualità dei servizi e diventa qualità della vita (Silvestro 2016 ).

*Il gruppo di lavoro condivide l'impostazione data ad oggi in area metropolitana di Bologna sul tema "programmazione dell'assistenza territoriale e della rete ospedaliera" ed in attesa, di conoscere il progetto del nucleo tecnico che guiderà la riorganizzazione dei servizi sanitari distrettuali e ospedalieri dell'area metropolitana di Bologna, dell'Università di Bologna e della CTSSM, ritiene utile evidenziare alcuni punti di debolezza e avanzare alcune proposte per il futuro che di seguito si elencano :*

1La difficoltà di realizzare una buona *integrazione multidisciplinare e multiprofessionale* e di condividere le informazioni tra i professionisti nella gestione in particolare dei pazienti cronici affetti da complesse polipatologie ;

2Difficoltà nell'attivazione di un team *multiprofessionali* che includa i vari professionisti, ognuno con il proprio ruolo all'interno di un percorso integrato ;

3Segnalazioni dall'ospedale, come intercettare le segnalazioni dall'ospedale al territorio e dal territorio all'ospedale ?;

4Le difficoltà organizzative e strumentali che non consentono accurate diagnosi in tempi adeguati, con conseguente utilizzo improprio del PS ( case della salute );

5Un insufficiente investimento in formazione e ricerca e creazione di cultura comune tra coloro che lavorano sul territorio tale da far superare le barriere generate da pregiudizi.

A integrazione ,delle proposte evidenziate nel documento , si riportano in allegato alcuni ambiti, ritenuti dal gruppo prioritari, da sviluppare in area metropolitana :

- Allegato 1** : Individuazione della Direzione Assistenziale e del Direttore assistenziale quale componente della Direzione Strategica Aziendale;
- Allegato 2** : La doppia faccia del "Bed Management": da innovativo modello organizzativo a fil rouge tra ospedale e territorio : il ruolo dell'infermiere ;
- Allegato 3** : Cure intermedie il ruolo del fisioterapista;
- Allegato 4** : La rifinizione dei ruolo dei professionisti TSRM;
- Allegato 5** : I TSLB nella riorganizzazione dei laboratori metropolitani;
- Allegato 6** : il percorso nascita il ruolo dell'ostetrica .

## **Allegato 1: Individuazione della Direzione Assistenziale e del Direttore assistenziale quale componente della Direzione Strategica Aziendale**

- Mandato : analizzare il modello di relazione delle DIT/direzioni assistenziali ... con il livello strategico delle aziende sanitarie da cui nasca una proposta anche finalizzata all'aggiornamento delle indicazioni regionali sugli atti aziendali .

### **1. Differente denominazione del Servizio/Ufficio /Struttura:**

In Italia la denominazione dei Servizi di gestione del personale assistenziale e tecnico sanitario è molto variegata; ad esempio è il SITRA in Lombardia (Servizio Infermieristico, Tecnico, della Riabilitazione Assistenziale) e la Direzione Infermieristica e delle Professioni Sanitarie del Lazio. La Regione Emilia Romagna, con la sua DGR n. 86/2006, avente per oggetto "Direttiva alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'Atto Aziendale", colloca la Direzione del personale assistenziale e tecnico sanitaria tra quelle tecniche, definendola "Direzione Infermieristica e Tecnica", con il mandato di "collaborare con i Direttori dei Dipartimenti ospedalieri e territoriali allo sviluppo di processi assistenziali coerenti con le strategie aziendali".

**La nostra proposta** è di uniformare a livello Regionale la denominazione di questa Direzione, condividendola e riceverne la piena formalizzazione da parte della RER. Si propone Direzione Assistenziale per renderla maggiormente riferibile al suo precipuo campo di attività.

### **2. Individuazione della Direzione Assistenziale e del Direttore Assistenziale quale componente della Direzione aziendale**

#### ***La Direzione Assistenziale***

##### ***Mission***

*Concorre al perseguimento della Mission Aziendale garantendo il governo complessivo della funzione assistenziale (assistenza infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria della riabilitazione e di supporto) e assicura la direzione e la gestione delle risorse professionali di competenza in modo funzionale agli obiettivi indicati dalla programmazione aziendale, secondo i principi della autonomia, responsabilità e della integrazione multi-professionale promuovendo lo sviluppo e il mantenimento delle competenze.*

A capo della Direzione Assistenziale vi è un **Direttore Assistenziale** nominato dal Direttore Generale con incarico tecnico fiduciario della durata del mandato del Direttore Generale .

Il **Direttore Assistenziale** fa parte della Direzione Strategica partecipa al processo di pianificazione strategica e concorre con la formulazione di proposte pareri e alla formazione delle decisioni della Direzione Generale. Agisce in coerenza con le strategie complessive aziendali, secondo una logica di forte integrazione professionale e flessibilità organizzativa, con la creazione di sinergie e relazioni tese alla garanzia ed ottimizzazione della produzione di prestazioni, servizi, percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali.

Partecipa .....all'ufficio /staff del Direttore Generale.

E' membro di diritto al Collegio di direzione



La struttura gestionale “**SC Direzione Assistenziale**” assume la responsabilità diretta degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite .

E' una struttura Aziendale titolare di : direzione ,programmazione e controllo dei processi organizzativi e delle risorse umane di area infermieristica e ostetrica, tecnico-sanitaria, della riabilitazione, della prevenzione e degli operatori di supporto operanti nei settori organizzativo-assistenziali dell'azienda in aderenza e nel rispetto degli standard di efficienza e di programmazione in coerenza con le strategie aziendali.

La Direzione Assistenziale svolge ,la propria attività, in piena integrazione, nel rispetto delle relative peculiarità scientifiche, professionali ed organizzative, con la Direzione Sanitaria e i Direttori di dipartimento ospedalieri e territoriali .

La Direzione Assistenziale sarà articolata in diversi livelli di responsabilità tipo gestionali /organizzative e clinico -professionali fortemente integrati tra loro e con tutte le strutture aziendali in coerenza con il Sistema di appartenenza ( AUSL, AOSP, IRCSS....).

Si ritiene fondamentale la valorizzazione dei percorsi di crescita delle Professioni Sanitarie riconoscendo ruoli di particolare complessità attraverso l'attivazione di nuovi incarichi Dirigenziali:

- direzione di struttura complessa
- direzione di struttura semplice
- incarichi di natura professionale/ alta specializzazione

con contestuale revisione degli incarichi di posizione organizzativa .

#### **Principali funzioni del Direttore Assistenziale:**

- Partecipa alla definizione della politica aziendale, con particolare riferimento alla valorizzazione delle Professioni afferenti alla Direzione ;
- Partecipa al processo di pianificazione strategica collaborando, con la Direzione Strategica in stretta sinergia con il Direttore Sanitario, nella ricerca degli assetti organizzativi più adeguati a rispondere alla evoluzione dei bisogni della popolazione, anche attraverso l'individuazione di modelli organizzativi innovativi ad elevata autonomia tecnico-gestionale, come la gestione per piattaforme condivise su base aziendale e interaziendale ;
- Agisce in coerenza con le strategie complessive aziendali, secondo una logica di forte integrazione professionale e flessibilità organizzativa, con la creazione di sinergie e relazioni tese alla garanzia ed ottimizzazione della produzione di prestazioni, servizi, percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali ;
- Favorisce lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi, di cura ed assistenza a supporto di una migliore presa in carico del paziente secondo i principi della centralità del paziente ,appropriatezza della risposta in relazione al variare della domanda di salute dei cittadini;
- Promuove ed adotta processi integrati di assistenza volti al miglioramento della qualità dei servizi e alla appropriatezza clinico-organizzativa, alla partecipazione attiva alla progettazione e implementazione dei percorsi clinico-assistenziali, alle politiche di controllo dei costi e di gestione ottimale delle risorse a disposizione;

Promuove attività di ricerca per lo sviluppo, revisione e miglioramento della pratica assistenziale in sinergia con gli indirizzi aziendali di governo clinico .

#### **Principali funzioni e attività della Direzione Assistenziale :**

Assicurare il governo delle risorse umane assegnate alle strutture organizzative sanitarie in linea con gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, perseguendo l'integrazione multi-disciplinare e multi-professionale in ogni contesto aziendale ;

Determinare gli standard assistenziali, secondo le logiche e i criteri della intensità di cura e della complessità assistenziale ;

Programmare i processi di turn-over, nel rispetto delle linee strategiche e degli accordi aziendali, con particolare riferimento ai processi di acquisizione del personale e di mobilità tra le diverse strutture aziendali ;

Garantire il governo delle attività professionali mediante la definizione, lo sviluppo e la direzione di modelli organizzativi tesi al raggiungimento di un migliore livello di efficacia, efficienza, e appropriatezza diffusi in tutte le strutture aziendali di erogazione dei servizi ;

Perseguire l'integrazione operativa -logistica -organizzativa e professionale tra i diversi ambiti assistenziali al fine di garantire la presa in carico, la continuità delle cure come elemento essenziale della qualità dell'assistenza ;

Promuovere il miglioramento della sicurezza dell'assistenza, attraverso la creazione di condizioni organizzative che riducano il rischio di eventi avversi e il costante monitoraggio della loro adeguatezza e del rispetto delle buone prassi, in collaborazione con le funzioni aziendali dedicate ;

Sostenere lo sviluppo di competenze professionali che associno al contenuto tecnico anche attitudini e esperienze prodotte dalla contaminazione di saperi ,conoscenze e competenze differenti, garantendone la valorizzazione nei limiti consentiti dai vincoli sulle risorse ;

Garantire la programmazione e realizzazione di percorsi di sviluppo professionale, formazione permanente, sviluppo delle competenze al fine di sostenere e promuovere il processo di "professionalizzazione " e di cambiamento organizzativo ;

Sviluppare ed applicare indicatori di qualità dell'assistenza supportati dalle evidenze scientifiche al fine di valutare e migliorare la qualità dell'assistenza ;

Collaborare con gli organi aziendali preposti alla implementazione di sistemi valutativi e strategie finalizzate alla definizione dei sistemi premianti orientati alla valorizzazione dell'apporto professionale ;Collaborare all'individuazione di aree di sviluppo aziendale , promuovendo e sviluppando progetti di ricerca e sviluppo professionale, dando impulso all'integrazione delle diverse professionalità nell'ottica del lavoro per processi e nella presa in carico globale della persona assistita ;

Assicurare il confronto e la collaborazione con tutti gli organismi di tutela dei diritti dei cittadini e con le Associazioni di volontariato, supportando le strutture aziendali preposte a gestire tale ambito .

### **Proposta del gruppo :**

- 1-modifica art.3 comma 5 Legge Regionale 23/12/2004 n° 29 “ Organizzazione e finanziamento delle Aziende Sanitarie” ;
- 2-aggiornamento delle indicazioni Regionali sugli atti aziendali relative alla DIT;

### **Percorso :**

1. Modifica **art 3 comma 5 Legge Regionale 23/12/2004 n° 29** “ Organizzazione e finanziamento delle Aziende Sanitarie” :

..... la regione nomina il Direttore Generale ed i componenti del collegio sindacale.....Il Direttore Generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni , dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario , secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 1 –quater e quinquies del decreto legislativo n°502 del 1992 e successive modifiche. L'atto aziendale di cui al comma 1 disciplina la presenza di un direttore delle attività socio – sanitarie **E DI UN DIRETTORE ASSISTENZIALE.**

2. Modifica art. 3 “ Direttiva Regionale alle Aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale “86/2006 relativa alla DIT :

..... *La DIT collabora con i Direttori di dipartimento ospedalieri e territoriali allo sviluppo di processi assistenziali coerenti con le strategie aziendali. In questo ambito, la DIT organizza le risorse professionali di competenza nel rispetto degli accordi sindacali e della necessità di integrazione multi-professionale. Particolare attenzione sarà rivolta agli aspetti relativi allo sviluppo professionale e alla programmazione, selezione, inserimento e valutazione delle risorse professionali di competenza, nonché allo sviluppo del sistema premiante e della produttività.....*

### **Si propone :**

.....La Direzione Assistenziale presiede alla funzione di governo aziendale dell'assistenza infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria, della prevenzione, riabilitativa e di supporto e assicura la Direzione e la gestione ,delle risorse professionali di competenza in modo funzionale agli obiettivi di mandato del Direttore generale , secondo i principi della autonomia, responsabilità e della integrazione multi-professionale. Il Direttore Assistenziale nominato dal Direttore Generale con incarico tecnico fiduciario della durata del mandato del Direttore Generale partecipa alla definizione delle politiche e strategie aziendali e risponde della gestione del budget e del raggiungimento degli obiettivi assegnati.

**La modifica di cui sopra porta a una Direzione allargata.**

## **Allegato 2: La doppia faccia del “Bed Management” da innovativo modello organizzativo a fil rouge fra Ospedale e Territorio : il ruolo dell’infermiere .**

La riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/15 (e DGR 2040/15), la re-ingegnerizzazione dei processi produttivi (cd. Business Process Reengineering), il *performing* del capitale umano anche attraverso lungimiranti politiche di *placement*, non sono minacce ma opportunità. In questa situazione di elevata complessità e di non semplice prevedibilità, è necessaria una “governance” complessiva della “risorsa posto letto “ capace di rispondere alle mutate esigenze organizzative dei pronto soccorsi degli ospedali e del territorio, che sviluppi la cultura della “rete integrata”.

Il consolidamento dell’esperienza ,in area Metropolitana di Bologna del Bed Management ,a gestione infermieristica in ospedale potrebbe rappresentare un modello di riferimento anche per il territorio.

### **1. Il modello ed il Project Management**

Il Bed Management (da ora B.M.) si colloca come modello organizzativo a supporto delle strategie atte a migliorare l’efficacia dei percorsi che trasversalmente interessano sia l’ospedale che il territorio. E’ il modello in grado di “fare sintesi” leggendo l’organizzazione in termini di *loop* continuo “salute-malattia”, intercettando precocemente le esigenze degli utenti e sviluppando, in particolare, un *assessment* analitico di tutti i PDTA operativi. Con questa premessa, uno dei primi obiettivi del

B.M. sarà quello di *customizzare* ogni percorso di presa in carico sulla base di specifiche esigenze, interiorizzando la cultura e dei valori delle persone che vivono sul territorio delle aree vaste regionali. In un secondo momento si penserà (anche) a rendere ancora più attrattiva l’offerta di servizi aziendali per utenti di provenienza extra-regionale.

Non solo quindi teorizzazioni astratte ma un vero strumento di controllo di gestione, che sarà in grado di:

- 1) descrivere puntualmente il numero dei PDTA aziendali attivi rappresentando, in uno schema, tutti i nodi di quello specifico percorso,
- 2) riprodurre graficamente le relazioni esistenti fra tutti i PDTA (ed i loro nodi): identificando possibili sovrapposizioni o percorsi parziali (cd. vicolo cieco),
- 3) disegnare la mappa dei processi clinico -diagnostico -terapeutico -assistenziali dopo averli schematizzati all’interno della BCG Matrix (Boston Consulting Group Matrix) ed, al pari della rete della viabilità ordinaria, osservare i punti di maggiore e minore congestione: questa analisi permetterà di meglio argomentare le scelte relative al disinvestimento, ed alla nuova riallocazione, di risorse “iposfruttate”,
- 4) agire una più consapevole (e strutturata) *governance* del “patient flow” attraverso lo studio dei flussi in ingresso ed in uscita, oltre all’analisi delle scelte di gestione operate per gli spostamenti dei pazienti all’interno degli ospedali,
- 5) identificare, conoscere e risolvere le criticità legate ai *clinical pathways* dei cd. “bed-blockers”,
- 6) rinnovare la filosofia di risposta ai problemi abbandonando il vecchio “*problem-based learning*” per costruire strumenti di ricerca delle soluzioni

L’implementazione (nell’accezione anglosassone del termine) di una reale politica di rinnovamento dell’organizzazione ove far crescere, forte e sano, il B.M. prevede alcuni passaggi, metodologicamente consigliabili, che necessariamente investono della responsabilità

contenutistica lo stesso Bed Manager: l'analisi di contesto esterno (ed interno) preferibilmente dotata di una matrice potere/interesse dei principali *stakeholders* e lo sviluppo di un progetto M. B. O. (Management by Objectives) sono solo alcuni dei principali elementi di supporto e giustificazione dell'introduzione del B.M.

Le leve a supporto del B.M., al fine di adempiere al proprio mandato, sono rispettivamente:

- la formazione (competenze "Hard" del Bed Manager)
- la condivisione di un nuovo modello di *leadership* (competenze "Soft" del Bed Manager)

Per quanto riguarda la formazione si ipotizza, prioritariamente, di lavorare sulle figure di coordinamento assistenziale (management infermieristico e medico).

La formazione erogata avrà uno spiccato carattere *evidence-based* guidato dal *board* del B.M. Perché nel modello si ipotizzano due livelli di B.M.:

Mentre per ciò che riguarda il nuovo stile di *leadership* sarà necessario sensibilizzare sui valori che debbono guidare una *nuova idea di management*: indispensabile in questa fase ideare un sistema di "rinforzi positivi" che premino gli atteggiamenti dei professionisti .

Il gruppo propone di :

- consolidare le esperienze del Bed Manager a gestione infermieristica sviluppate in ambito ospedaliero in area metropolitana ;
- attivare un gruppo di lavoro interdisciplinare per costruire " progetto di sviluppo del Bed Management in ambito territoriale in una AUSL per guidare la presa in carico dell'utente protetto" in funzione delle specifiche esigenze, coordinando e raccordando i soggetti nella rete assistenziale.

## **Allegato 3: Cure intermedie il ruolo del fisioterapista**

### **1. PREMESSA**

La risposta ai bisogni di salute dei cittadini ha visto negli ultimi anni una **progressiva rimodulazione dei sistemi organizzativi** che hanno sempre più dovuto adattarsi alle nuove necessità della popolazione che invecchia, alla gestione delle malattie croniche in costante aumento e al ridimensionamento della rete dei servizi ospedalieri. Il sistema dell'offerta dei Servizi Sanitari si è quindi andato costruendo abbandonando una medicina *on demand* e tendendo sempre più ad una **medicina di iniziativa** attraverso un approccio multidisciplinare e multi professionale in grado di mettere in relazione la risposta sanitaria con la risposta sociale. A tal fine il **Fisioterapista** ha fornito un'instancabile energia nella **sperimentazione di modelli innovativi** ed una altrettanto instancabile predisposizione al cambiamento ed alla flessibilità organizzativa rappresentando un significativo determinante alla realizzazione di risposte di qualità, efficienze e appropriatezza fornite ai Cittadini.

### **2. IL FISIOTERAPISTA NELLA CASA DELLA SALUTE**

#### **2.1 IL PUNTO DI VALUTAZIONE FISIOTERAPICO: LA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA DOMICILIARE**

All'interno della Casa della Salute i Servizi di Fisioterapia hanno dovuto strutturarsi al fine di **facilitare la dimissione sicura del paziente**, con particolare riguardo all'anziano fragile e al disabile e di rallentare la perdita di autonomia delle persone con patologie croniche e ingravescenti, contribuendo a ridurre gli accessi impropri alla rete ospedaliera, ritardando l'ingresso in strutture residenziali e favorendo la loro permanenza al **domicilio quale luogo privilegiato** di vita e di cure.

A tal fine è stato individuato un modello di Presa in Carico, già dal 2008, che si basa sulla Predisposizione del Percorso in base al livello di Complessità del Bisogno Riabilitativo: la predisposizione di percorsi tracciati in risposta ai bisogni, diversamente livellati sulla complessità, costituisce una **preziosa garanzia di equità** orizzontale (risposta uguale e bisogni uguali) e di equità verticale (risposta differente a bisogni differenti).

Lo snodo organizzativo che processa il Bisogno Riabilitativo va sotto il nome di **Punto di Valutazione Fisioterapico (PVF)**, in strette connessione con il Punto di Coordinamento Assistenza Primaria (PCAP) e con i Servizi Sociali. Dal Triage Telefonico il Fisioterapista individua due macro categorie di Bisogni (DGR 427/2009):

- a. il **BISOGNO RIABILITATIVO COMPLESSO**, quando la condizione di salute alterata limita l'autonomia delle persone in più livelli di partecipazione, secondo il modello 'International Classification of Functioning Disability and Health (ICF), ha indici prognostici non sempre definibili e richiede contestualmente un grado elevato di intensità, frequenza e durata dell'intervento riabilitativo. Per la risposta alla complessità del bisogno riabilitativo è necessario l'intervento dell'intera équipe riabilitativa che elabora il Progetto Riabilitativo Individuale in cui intervengano i vari professionisti della riabilitazione, coordinati dal medico specialista. Il Progetto Riabilitativo, laddove coesistano anche bisogni clinici e/o assistenziali e/o sociali, deve trovare coerenza con l'intera pianificazione clinico-assistenziale.

- b. il **BISOGNO RIABILITATIVO SEMPLICE** quando la condizione di salute alterata limita l'autonomia delle persone per un livello di partecipazione, ha degli indici prognostici positivi e definibili sia da un punto di vista qualitativo che temporale, e richiede interventi riabilitativi standardizzabili, programmabili e ripetitivi in una situazione contestuale favorevole. In questo caso il Fisioterapista costruisce il proprio intervento in stretta integrazione con il Team clinico -assistenziale che ha in cura la persona.

Trasversale ai percorsi tracciati sulle due categorie di bisogni riabilitativi (semplice e complesso) si pone il **Percorso di Ausiliazione** che vede il Fisioterapista protagonista per la fase di proposta riconosciutagli propria dal Profilo Professionale (DM 741/1994) e ribadita dalle Linee di Indirizzo Regionale (DGR 1599/2011). Sempre nel setting domiciliare il Fisioterapista trova strumento imprescindibile, la **funzione di consulenza** (DGR 427/2009) che gli consente di svolgere le valutazioni abitative e l'utilizzo, la gestione e la sperimentazione degli ausili. La consulenza può anche essere rivolta agli altri operatori che interagiscono con l'assistito, al fine di facilitare, in senso ergonomico, l'espletamento delle usuali attività assistenziali.

## **2.2 UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE GRAVI DISABILITA' (UVM GRAD)**

In riferimento alla DGR 2068 e alla successiva DGR 840/2008, il Fisioterapista partecipa ai lavori della Commissione UVM GRAD, contribuendo alla definizioni del percorso di presa in carico territoriale delle persone con grave e gravissima disabilità. Gli è riconosciuto il ruolo di **Case Manager** se il bisogno prevalente riconosciuto è quello riabilitativo, garantendo la connessione con le strutture dimettendo (Casa dei Risvegli, Montecatone) e i Centri di Secondo Livello (Centro SLA, Centro Sclerosi Multipla, Centro Regionale Ausili, Centro Adattamento Ambiente Domestico, Centro Ausili Tecnologici).

## **2.3 INTERVENTI FISIOTERAPICI DI TIPO EDUCAZIONALE**

All'interno delle Case delle Salute si sta sviluppando un modello diverso di cura ed assistenza per gestire le malattie croniche che punta alla **prevenzione e all'educazione -informazione** della popolazione: in questo modo le patologie croniche vengono gestite meglio perché sono affrontate prima che si manifestino o si aggravino. Il Fisioterapista all'interno di questa cornice contribuisce per la parte di propria competenza alla definizione di percorsi educativo/preventivi per tutte le persone con patologia cronica (es. diabete, BPCO, ecc.)

Inoltre, un ruolo di primo piano, viene riconosciuto al Fisioterapista nella implementazione di alcuni percorsi specifici:

### **a. Prevenzione cadute nell'anziano over65aa**

Piano Prevenzione Regionale 2015-2018 – Pr. 3.8 Programma di ginnastica personalizzata a domicilio (Otago) e per piccoli gruppi.

In relazione alle persone anziane con patologia cronica si è posta particolare attenzione alla prevenzione delle cadute per la rilevanza epidemiologica del fenomeno. Infatti le cadute rappresentano la prima causa di incidente domestico nonché la prima causa di ricovero e decesso .

Il percorso prevede l'invio al Fisioterapista di persone anziane fragili già selezionate dal MMG/Altri Specialisti in merito al rischio caduta; Il fisioterapista

dopo attenta valutazione predisporre il percorso di presa in carico che andrà a concretizzarsi attraverso interventi di Gruppo di tipo educativo, Interventi Individuali e/o accesso di valutazione ambientale

**b. Percorso Educativo Breve per persone con Lombalgia Cronica**

In riferimento alla gestione delle persone con Lombalgia cronica, secondo quanto riconosciuto efficacia della letteratura scientifica il fisioterapista conduce gruppi educazionali con l'obiettivo di sensibilizzare la persona ad un corretto stile di vita con particolare attenzione al buon uso della schiena. I gruppi si tengono all'interno delle Case della Salute su indicazione del MMG.

**c. Educazione a corretti stili di vita:**

Il Fisioterapista è promotore dell'invio ad Attività Fisica Adattata secondo le indicazioni normative regionali (DGR316/2013; DGR

### **3. II RUOLO DEL FISIOTERAPISTA ALL'INTERNO DELL'OSCO**

Alla luce delle indicazioni fornite dalla Normativa in essere e dalle esperienze maturate in ambito riabilitativo anche nel contesto di degenza è possibile distinguere un **Bisogno Riabilitativo Complesso** da un **Bisogno Riabilitativo Semplice**.

L'Ospedale di Continuità pone in primo piano, nei processi di programmazione, un approccio per problemi/bisogni della persona che costituiscono il criterio guida per definire tipologia e caratteristiche di tutte le risorse cliniche e assistenziali. In specifico, l'analisi e la soddisfazione dei bisogni riabilitativi secondo criteri di appropriatezza sono alla base delle scelte di allocazione delle risorse dei servizi di fisioterapia e logopedia.



## **ALLEGATO 4: La ridefinizione del ruolo dei professionisti TSRM**

### **Premessa**

Il generarsi con forza di nuove esigenze nell'istituire servizi, rivisitare luoghi di cura, sia ospedalieri sia territoriali, rende peculiare la modificazione del ruolo professionale, dato dalle competenze, abilità e capacità del Tecnico Sanitario di Radiologia Medica. Uno dei più significativi determinanti del buon andamento/qualità dei servizi sanitari e socio sanitari è costituito dall'insieme degli operatori delle professioni sanitarie che, costituendo l'interfaccia tra il sistema e i cittadini assumono un ruolo importante nella realizzazione di risposte di qualità, efficienza/appropriatezza dei processi e dei percorsi di cura e di assistenza, efficacia della relazione umana e professionale e di un proattivo Risk management.

### **Proposta**

La ridefinizione del ruolo dei professionisti TSRM, è condizionata da due aspetti strategici fondamentali:

1. Riorganizzazione dei Servizi di Diagnostica per Immagini in Area Metropolitana;
2. Investimento su percorsi formativi e dossier formativi dei professionisti;

#### **1. Riorganizzazione dei Servizi di Diagnostica per Immagini Metropolitana:**

Il progetto RUM (Radiologia Unica Metropolitana), ha proposto una nuova visione organizzativa dei Servizi di Diagnostica per Immagini dell'Area Metropolitana, puntando sul modello organizzativo dei "percorsi clinico -diagnostici". Quindi la creazione di punti di erogazione ad alta specializzazione dove concentrare gli esami inseriti in PDTA. Sicuramente le tecnologie RIS-PACS possono favorire questa organizzazione consentendo la creazione di "centrali di refertazione ad alta Clinical Competence".

Se è vero quindi che il modello prevederebbe la concentrazione di questi esami ad elevata complessità verso i suddetti centri Diagnostici, è altrettanto vero che bisogna gestire l'offerta diagnostica degli esami di primo livello in modo da acconsentire un facile accesso agli utenti che si rivolgono ai Medici di Medicina Generale, Ambulatori, Case della Salute, Ospedali di Comunità. Si dovrebbero quindi affiancare a questi punti di primo accesso, dei percorsi diagnostici semplici e diretti che evitino il ricorso degli utenti ad accessi impropri come ad esempio al Pronto Soccorso, ma che ad oggi risultano meglio strutturati, per soddisfare l'esigenza di esami Radiologici.

Per supportare quindi questi modelli è necessario rivedere l'organizzazione dei TSRM in modo da essere funzionale a queste nuove esigenze. In particolare per i TSRM diventa strategico censire le macchine (lo stato tecnologico), presenti sul territorio per definire la possibile offerta

da poter garantire. Sulla base di questa rilevazione si potrebbe ridisegnare la “destinazione d’uso” delle singole sale diagnostiche scaricando il carico di lavoro dai grandi presidi ospedalieri sul territorio. Potrebbe essere utile una valutazione HTA dello strumento della Radiologia Domiciliare sul territorio bolognese, valutandone efficacia ed efficienza.

I modelli odierni che vedono la rigida assegnazione su sale diagnostiche verrebbero superati da nuovi approcci di percorso diagnostico. La formazione specialistica, la piena conoscenza delle tecnologie diagnostiche, lo sviluppo di competenze specialistiche e l’uso di protocolli condivisi, in accordo con i medici di riferimento, potrebbero permettere la possibilità di eseguire gli esami su più punti di erogazione nel territorio garantendo la migliore interpretazione diagnostica delle immagini da parte dei professionisti medici radiologici con particolari clinical competence allocati nelle centrali di refertazione.

## 2. Investimento su percorsi formativi e dossier formativi dei professionisti:

Una reale valorizzazione delle risorse umane e professionali si realizza attraverso il supporto della formazione alla pratica quotidiana.

Il Dossier formativo individuale e di gruppo è uno strumento a disposizione del professionista e del Sistema sanitario per una pianificazione del percorso formativo che contemperi le esigenze formative del singolo con quelle generali dell’organizzazione del sistema sanitario.

I contenuti del Dossier in termini di percorsi formativi dovranno dunque “essere coerenti con gli obiettivi specifici professionali e con gli obiettivi derivanti dai Piani Sanitari Nazionali, regionali ed aziendali”.

Poiché il dossier formativo non nasce come semplice strumento di valutazione della qualità delle competenze acquisite dal singolo professionista o dal gruppo professionale di riferimento, bensì come strumento che si presta alla valutazione della ricaduta auspicabile sul sistema, altri possibili vantaggi, deducibili da un’efficace applicazione del dossier formativo, sono sicuramente quelli per il cittadino-utente.

Attraverso questo sistema di programmazione, progettazione e monitoraggio delle competenze dei professionisti sanitari, la formazione può avere un ruolo fondamentale non solo rispetto alla qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, ma anche rispetto agli obiettivi strategici di più elevato valore etico, avvicinando le competenze professionali ai bisogni di salute e di vita dei cittadini e sviluppando la capacità di ascolto come strumento di valorizzazione di un’attenzione centrata sulle necessità degli utenti.

## **Allegato 5: I TSLB nella riorganizzazione dei laboratori metropolitani**

LUM: la centralizzazione è stata avviata e consolidata ormai da un anno. L'assetto organizzativo e di tipo HUB & SPOKE: l'ospedale Maggiore (OM) è il centro HUB (LUM) e gli SPOKE sono l'ospedale S. Orsola, Bellaria, IOR, Bentivoglio, Loiano, Bazzano, Vergato, Porretta, San Giovanni, Budrio e Imola.

Il centro Hub è caratterizzato da un laboratorio centrale totalmente automatizzato al quale fanno riferimento una serie di laboratori SPOKE incardinati nelle rispettive strutture ospedaliere.

I laboratori spoke effettuano le urgenze, le attività analitiche di 1 livello, ed attività analitiche che per ragioni di varia opportunità non sono state accentrate.

Quindi l'assetto attuale consiste in un'unica struttura interaziendale con caratteristiche informatiche, procedurali, organizzative, tecnologiche, gestionali comuni.

SIMT-AMBO: la centralizzazione è stata avviata ma non sono state effettuate le cessioni del ramo d'azienda pertanto le afferenze al centro HUB del Maggiore al momento sono di tipo funzionale.

Anatomia Patologica: anche in questo caso non sono state effettuate le centralizzazioni, ma sono state avviate le procedure per rendere omogeneo l'utilizzo dei sistemi informativi.

### **Proposta**

La ridefinizione del ruolo dei professionisti TSLB, è condizionata da 2 aspetti strategici fondamentali:

1. Riorganizzazione dei Servizi di Laboratorio in Area Metropolitana;
2. Investimento su percorsi formativi e dossier formativi dei professionisti;

#### **1. Riorganizzazione dei Servizi di Laboratorio in area Metropolitana:**

Il modello che si basa sulla centralizzazione del laboratorio di grandi dimensioni (si fa riferimento all'esempio del LUM ma il principio esposto è applicabile anche ai laboratori di altre discipline) ha la necessità di puntare sui seguenti aspetti :

- formazione/qualificazione del personale,
- interscambiabilità del personale,
- Back up strumentale/organizzativo.

Laddove non sia possibile applicare un back-up strumentale, per mantenere la fluidità dei flussi di attività del laboratorio centrale, è necessario creare, nell'ambito della rete spoke, le relazioni di back-up organizzativo.

Sulla base di questo principio il personale tecnico afferente agli spoke, oltre ad esser in grado di garantire l'attività di 1 livello nella propria sede di appartenenza, deve anche poter operare nelle altre sedi stabilite dalle relazioni di backup e quindi deve avere oltre alle competenze tecniche anche capacità/cultura relazionale adeguata.

Per quanto riguarda l'attività specialistica di 2 livello, che viene effettuata nel centro HUB e in parte anche presso il laboratorio del S. Orsola, occorre creare un pool di personale tecnico che sia in grado di lavorare, allo stesso livello, per linee produttive.

Poichè l'attuale modello prevede l'implementazione di POCT occorre dedicare del personale tecnico adeguato (in termini di numero di unità interscambiabili e di competenze) da dedicare al controllo di qualità strumentale e alla formazione degli utilizzatori degli strumenti.

Per supportare questo modello è necessario rivedere l'organizzazione dei TSLB in modo da essere funzionale a queste nuove esigenze.

## **2. Investimento su percorsi formativi e dossier formativi dei professionisti;**

Una reale valorizzazione delle risorse umane e professionali si realizza attraverso il supporto della formazione alla pratica quotidiana.

Il Dossier formativo individuale e di gruppo è uno strumento a disposizione del professionista e del Sistema sanitario per una pianificazione del percorso formativo che contemperì le esigenze formative del singolo con quelle generali dell'organizzazione del sistema sanitario.

I contenuti del Dossier in termini di percorsi formativi dovranno dunque "essere coerenti con gli obiettivi specifici professionali e con gli obiettivi derivanti dai Piani Sanitari Nazionali, regionali ed aziendali".

Poiché il dossier formativo non nasce come semplice strumento di valutazione della qualità delle competenze acquisite dal singolo professionista o dal gruppo professionale di riferimento, bensì come strumento che si presta alla valutazione della ricaduta auspicabile sul sistema, altri possibili vantaggi, deducibili da un'efficace applicazione del dossier formativo, sono sicuramente quelli per il cittadino-utente.

Attraverso questo sistema di programmazione, progettazione e monitoraggio delle competenze dei professionisti sanitari, la formazione può avere un ruolo fondamentale non solo rispetto alla qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, ma anche rispetto agli obiettivi strategici di più elevato valore etico, avvicinando le competenze professionali ai bisogni di salute e di vita dei cittadini e sviluppando la capacità di ascolto come strumento di valorizzazione di un'attenzione centrata sulle necessità degli utenti.

## **Allegato 6 : L'ostetrica nella casa della salute : l'ostetrica di comunità .**

### **Premessa**

La tutela e la promozione della salute delle donne sono considerate un importante investimento per il miglioramento dello stato di salute del Paese e i suoi indicatori rappresentano una misura della qualità, dell'efficacia ed equità del nostro sistema sanitario. Il Patto per la Salute, gli obiettivi prioritari di piano, il PSN 2011-2013, l'Accordo in Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010, rappresentano esempi concreti di attenzione alla salute delle donne e tutela dell'insieme mamma bambino durante tutto il percorso nascita da parte dei diversi livelli istituzionali.

Le azioni individuate per perseguire gli obiettivi prioritari di salute di genere sono:

-miglioramento dell'assistenza ostetrica / neonatologica, anche nel quadro di una umanizzazione dell'evento nascita che deve prevedere il parto indolore, l'allattamento materno precoce e il rooming-in, assicurando la concentrazione delle gravidanze a rischio e il servizio di trasporto in emergenza del neonato e delle gestanti a rischio. Indispensabile per l'analisi del percorso nascita, il flusso informativo del Certificato di assistenza al parto (CeDAP) i cui dati confermano un'eccessiva medicalizzazione nella gravidanza – parto fisiologico.

-la riduzione del ricorso al taglio cesareo, raggiungendo il valore del 20%, in linea con i valori medi europei, attraverso la definizione di Linee guida nazionali per una corretta indicazione al parto per taglio cesareo, l'attivazione d'idonee politiche tariffarie per scoraggiarne il ricorso improprio.

-promuovere campagne di informazione rivolte alle gestanti e alle puerpere, anche attraverso i corsi di preparazione al parto ed i servizi consultoriali, per la promozione dell'allattamento al seno, il corretto trasporto in auto del bambino, la prevenzione delle morti in culla del lattante, la promozione delle vaccinazioni e della lettura ad alta voce. Deve essere prevenuto il disagio psicologico dopo la gravidanza ed il parto.

Le azioni da completare nel campo della prevenzione sono:

-informazione e comunicazione sulla validità della diagnosi precoce. Per quanto attiene alla diagnosi precoce è necessario ottenere nell'esecuzione degli screening una copertura quanto più totale della "popolazione bersaglio", superando le differenze nell'accesso legate ai determinanti sociali.

-Le dipendenze connesse a particolari stili di vita: ad esempio, favorire la sospensione del fumo in gravidanza tramite interventi di informazione, educazione, organizzazione di sistemi di assistenza per le donne che fumano in gravidanza e le donne in età fertile nell'ambito delle strutture operanti nel settore.

-Il sostegno alle famiglie: tra le attività dei consultori familiari rivolte alla salute riproduttiva vanno attivati programmi specifici per la tutela della maternità, per la promozione dell'allattamento al seno, per la promozione di scelte genitoriali responsabili, anche informando sui metodi di controllo delle nascite, e per la prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza.

-Gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali: per quanto attiene al settore materno infantile occorre contrastare l'alto numero di interruzioni volontarie di gravidanza che si registrano nelle donne immigrate ed in tal senso si rendono necessari interventi finalizzati alla promozione della genitorialità responsabile, attraverso la informazione e formazione alle scelte procreative. E' opportuno inoltre che gli operatori sanitari che operano nel settore materno infantile attivino interventi di informazione sulla possibilità della gestante di partorire in anonimato. Vanno inoltre attivati interventi per impedire le mutilazioni genitali femminili e contrastare la violenza di genere e contro i minori.

Facendo riferimento alla specifica **figura professionale dell'Ostetrica** e ponendo l'attenzione ai contenuti del Profilo Professionale (DM 740/1994), dei Codici Deontologici che si sono succeduti e agli obiettivi e contenuti formativi degli ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea in Ostetricia e post base, si evince chiaramente che l'assistenza ostetrica – ginecologica -neonatale rientra

nelle competenze distintive della professione. In tali aree, la competenza dell'Ostetrica si riconosce nella capacità di saper leggere, secondo un approccio olistico, i bisogni riproduttivi di genere e di modulare il proprio intervento (assistenza, cura, sostegno, supporto, consulenza, informazione/educazione) in relazione ai specifici bisogni che mutano nelle diverse fasi della vita della donna (nascita, infanzia, adolescenza, periodo fertile, gravidanza, parto, climaterio e menopausa).

### **Il Ruolo dell'Ostetrica nelle Case della Salute**

Il DM 740/94 prevede tra l'altro che l'Ostetrica/o, per quanto di sua competenza, partecipi a interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che della comunità. **L'Ostetrica/o di comunità** è un agente di promozione della salute che può agire, con autonomia professionale, in cooperazione con le strutture ospedaliere ed i presidi sanitari del territorio, per la prevenzione, cura, salvaguardia della salute individuale e collettiva, nella rete dei servizi territoriali e specificamente nei consultori, negli ambulatori, nelle scuole, negli ambienti di lavoro, nelle case da parto, nonché a domicilio. In una società altamente dinamica e in continua evoluzione, l'ostetrica è quella figura professionale che, ponendosi come leader naturale dei processi (**case manager dei percorsi di genere**), conscia delle problematiche proprie del territorio in cui opera, è il veicolo principale nell'attuazione di un'assistenza sanitaria di base diversa e più in linea con il contesto ambientale e sociale dei tempi in cui viviamo, dove la tutela della salute si ottiene garantendo stili di vita sani e creando le condizioni ottimali per assicurare un completo benessere psichico, fisico e sociale all'utenza che afferisce ai servizi ostetrico-ginecologici.

Rispetto ai criteri per la definizione della **complessità assistenziale**, l'area ostetrica – ginecologica – neonatale può essere classificata genericamente nella maggior parte dei casi, di “bassa complessità”. Il processo diagnostico – terapeutico e assistenziale in queste aree si differenzia e si esplicita in una dimensione di complessità clinica nell'ambito del quale l'ostetrica, responsabile della presa in carico e della valutazione costante del rischio, coordina, pianifica e valuta durante tutto il processo assistenziale e le azioni, le scelte e gli interventi da effettuarsi con o senza l'intervento d'altri professionisti. La costituzione di una rete assistenziale integrata porta all'attivazione di percorsi assistenziali centrati sull'individuo e non sulla malattia spostando, quindi, l'attenzione del processo organizzativo gestionale, dal singolo esame e dalla singola prestazione medica o chirurgica, all'intero percorso diagnostico terapeutico ed all'assistenza sociosanitaria della donna/coppia/bambino. Infatti, solo la presa in carico di problematiche, spesso a bassa complessità assistenziale, a complessità clinica variabile, ma senz'altro ad alta complessità sia sociale che evolutiva, può rappresentare un'opportunità di sviluppo del sistema sanitario.

### **Percorso Nascita**

A livello regionale sono stati individuati e formalizzati (es. DGR 309/2000, DGR 221/2015) diversi programmi e percorsi che richiedono una elevata integrazione ospedale-territorio (con particolare riferimento alle Case della Salute) tra cui il percorso nascita. L'esigenza di ricondurre la nascita all'interno di un paradigma di normalità e fisiologia e la necessità di offrire servizi di accompagnamento e di assistenza basati su prove di efficacia hanno portato a produrre in Italia specifiche linee guida sull'assistenza alla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo. Le linee guida raccomandano che alle donne con gravidanza fisiologica venga offerto il modello assistenziale “basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica/o. In collaborazione con l'ostetrica/o, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza. Questo modello prevede, in presenza di complicazioni, il coinvolgimento di medici specializzati in ostetricia e di altri specialisti.”

In questi ultimi anni sono progressivamente cambiate le caratteristiche delle madri (sono sempre più numerosi i parti da donne con età superiore ai 40 anni, e da donne extra comunitarie) e dei contesti sociali (sempre meno protettivi nei confronti del nuovo nato, con nuclei piccoli e non duraturi nel tempo): questo comporta uno scenario diverso con il quale confrontarsi e verso il quale riorganizzare i servizi. Gravidanza, parto e allattamento rappresentano situazioni delicate

e particolari nella vita di una donna, ma, come ricorda anche l'OMS, solo in rari casi, patologiche. L'assistenza, sia in termini di diagnosi che di trattamenti, deve quindi essere modulata nel rispetto della natura fisiologica di questi eventi e deve saper cogliere ed individuare tempestivamente la patologia, senza portare ad una medicalizzazione indiscriminata e non necessaria di tutte le gravidanze. Una corretta organizzazione delle attività di sostegno alla maternità con appropriati controlli ed ove necessario adeguati interventi in gravidanza e nel puerperio, migliora il livello di salute materna e neonatale e riveste una importante rilevanza sociale. Essa deve prevedere la possibilità di raggiungere tutta la popolazione interessata, non solo quella che ne fa richiesta, poiché frequentemente l'utenza più bisognosa, per motivi sociali e/o culturali presenta difficoltà di accesso. Con questa finalità, nella gestione della fisiologia della gravidanza, **l'ostetrica è il punto di riferimento per la donna** e, allo stesso tempo, garantisce la continuità del percorso, attraverso tutti gli strumenti possibili, tecnici ed organizzativi, attraverso un lavoro di equipe multi professionale, con ruoli definiti entro protocolli condivisi in collaborazione con il ginecologo, il medico di medicina generale, i consultori, i punti nascita e le altre strutture che costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna. L'ostetrica non è evidentemente l'unica figura professionale deputata all'offerta di **sostegno durante l'allattamento** anche se, in un'ottica di continuità dell'accompagnamento al percorso nascita, ricopre un ruolo cruciale nelle prime settimane di vita, nella delicata fase di avvio dell'allattamento. In seguito il sostegno dovrebbe essere assicurato in modo integrato dai diversi professionisti (ginecologo, pediatra, medico di famiglia e consultori) e gruppi di interesse presenti nella comunità, tra cui le associazioni e i gruppi di sostegno da-mamma-a-mamma.

## Il Modello Organizzativo

Strumento fondamentale, strategico, indispensabile e soddisfacente per l'umanizzazione dei Percorsi Ostetrico – Ginecologici -Neonatali è la **continuità assistenziale**, espressa sia in termini di condivisione della medesima filosofia assistenziale, sia attraverso l'agire secondo protocolli comuni condivisi e continuamente modificati, nel rispetto dell'evoluzione della medicina basata sulle prove di efficacia. Tutto questo è possibile in un **modello organizzativo per Aree Assistenziali Omogenee**, in cui in cui la gestione del personale ostetrico che opera nei punti nascita e nei servizi territoriali, è comune. Il modello organizzativo per Aree Assistenziali Omogenee, gruppi integrati di unità operative affini ed omogenee basate sulla complessità assistenziale e sull'intensità di cura, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse umane e materiali e che possono condividere le stesse modalità assistenziali, è quello idoneo nell'Area ostetrica / ginecologica / neonatologica in quanto, unendo il personale dell'area ospedaliera con quello territoriale in un'unica gestione, permette di raggiungere l'obiettivo della continuità assistenziale nei percorsi di genere. **La responsabilità gestionale, organizzativa e professionale** di questa Area Assistenziale per il comparto, deve essere affidato a ostetriche, per la loro specifica competenza professionale.

Nell'ottica del **raggiungimento degli obiettivi**, le ostetriche sono quindi fortemente impegnate e determinanti nell'area ostetrica / ginecologica / neonatologica. Alcuni esempi sono:  nel percorso nascita: in quest'area l'attività ostetrica si focalizza sull'adozione d'interventi e comportamenti in grado di evitare o ridurre l'insorgenza e lo sviluppo delle principali patologie femminili e neonatali (contribuendo ad esempio, alla riduzione del ricorso al taglio cesareo);  nel percorso di prevenzione: in quest'area l'attività ostetrica si focalizza sulla diagnosi precoce di patologie della sfera femminile, permettendo così di intervenire precocemente sulla stessa.. La precocità di intervento aumenta le opportunità terapeutiche, migliorandone la progressione e riducendo gli effetti negativi (ad esempio il test di screening per il cancro della cervice);  nei percorsi di cura/ riabilitazione: in quest'area l'attività ostetrica si focalizza sulla cura della malattia e più precisamente sulla prevenzione dei suoi esiti più complessi, ovvero le complicanze, e la probabilità di recidive; è questo l'ambito della gestione dei deficit e delle disabilità funzionali consequenziali ad uno stato patologico o disfunzionale ( ad esempio, la riabilitazione perineale).

## ***Conclusioni***

La Sanità in area metropolitana di Bologna ha da sempre rappresentato un modello organizzativo e assistenziale all'avanguardia spesso esportato sia a livello Regionale che Nazionale. In questo momento storico di grande cambiamento, su mandato della CTSSM, è nato il gruppo interaziendale “ sviluppo delle Professioni Sanitarie in area metropolitana di Bologna“ con l'obiettivo di creare un panel multiprofessionale, per coinvolgere Professionisti Sanitari, chiedendo una azione di supporto alla riorganizzazione della nuova Sanità in area metropolitana.

La composizione multi professionale del gruppo ha favorito un clima sempre attivo e vivace di discussione e ha permesso di accogliere con grande curiosità tutti i momenti di approfondimento sui modelli organizzativi dell'assistenza territoriale in particolare sul tema della continuità assistenziale e presa in carico domiciliare, case della salute e ospedali di comunità.

Il gruppo ha colto, con grande interesse la ricchezza delle esperienze fatte in questi anni dalle professioni sanitarie in ambito metropolitano in particolare, per la professione infermieristica, sia a livello di coordinamento , sia per l'integrazione delle competenze nella gestione dei pazienti all'interno ai percorsi di diagnosi e cura con la presa in carico integrata in particolare dei pazienti complessi. Per questo si ritiene prioritario consolidare le esperienze fatte e ridisegnare le relazioni tra medici e altri professionisti sanitari sia in ospedale che sul territorio alla luce del futuro progetto di riorganizzazione dei servizi sanitari in area metropolitana.

Il documento finale del gruppo di lavoro è pensato come ,una cornice di riferimento per il futuro assetto della nuova sanità metropolitana , pone l'attenzione su temi ritenuti strategici per supportare il cambiamento in atto e per aprire il confronto con la CTSSM .

Le professioni sanitarie in area metropolitana hanno costruito in questi anni una base solida di competenze ed esperienze dalle quali attingere per il futuro e il contesto offre opportunità uniche.

Il vero problema su questo cammino è di eradicare pregiudizi e luoghi comuni vecchi e obsoleti che fanno da barriera a quello che già all'esterno e comunque nell'evoluzione naturale di un modello di assistenza moderna, è lo sviluppo delle professioni sanitarie nel servizio sanitario nazionale.

Si ritiene infine opportuno proporre di mantenere in area metropolitana un tavolo permanente “ sviluppo delle professioni sanitarie “di supporto tecnico alle politiche sanitarie metropolitane.



*Si ringrazia per il fattivo contributo i colleghi del gruppo di lavoro interaziendale “ sviluppo delle professioni sanitarie “ dell’AUSL di Bologna ,dell’AOSP di Bologna, dell’AUSL Imola e dello IOR di Bologna e in particolare : dott.ssa Daniela Cavedagna (IOR ), prof. Paolo Chiari ( AOSP ) ,dott.ssa Cristiana Forni ( IOR ), dott.ssa Sabrina Gabrielli (AUSL Imola), dott. Massimo Mantovani ( AUSL Bologna) dott. Giulio Palazzi ( AUSL Modena ), M.Cristina Pirazzini ( AUSL Bologna ), dott.ssa Manuela Petroni ( AUSL Bologna ),dott. Renzo Ricci ( AUSL Toscana centro*

## Bibliografia

- AA.VV., *Guida all'esercizio della professione di infermiere*, Torino, C.G.Edizioni Medico Scientifiche,
- AA.VV., *Guida all'esercizio della professione di ostetrica/o*, Torino, C.G. Medico Scientifiche, 2002. G.ARTIOLI, *La professionalità dell'Infermiere: verso lo sviluppo di competenze avanzate*, in C. CIPOLLA, G. ARTIOLI (a cura di) , *La professionalità nel care infermieristico*, Milano, Franco Angeli,
- 2003; pp. 66-86 G.BARBIERI, A. PENNINI, *La responsabilità dell'infermiere. Dalla normativa alla pratica*, Roma, Carocci Faber, 2008.
- L. BENCI, *Le professioni sanitarie non mediche*, McGraw Hill, 2002
- L. BENCI, *Professioni sanitarie non mediche: normativa in movimento*, in *Rivista di Diritto delle professioni sanitarie*, 4(2), 2001, pp. 84-90
- L. BENCI, *Professioni sanitarie...non più ausiliarie. Il primo contratto di lavoro privatizzato*, in *Rivista di Diritto delle professioni sanitarie*, 2(1), 1999, pp. 3-9
- L. BENCI, *La nuova disciplina legislativa e contrattuale sulle mansioni del comparto sanità: riflessi sulle professioni sanitarie*, in *Rivista Diritto Professioni Sanitarie*, 1999, 163 ss.
- L. BENCI, *Le professioni sanitarie (non mediche)*, Milano, McGraw-Hill, 2002.
- L. BENCI, *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*, Milano, McGraw-Hill, 2007
- L. BENCI, *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, Milano, McGraw-Hill, 2008
- C. CALAMANDREI, C. ORLANDI, *La dirigenza infermieristica manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali*, 2° edizione, McGraw-Hill, 2002;
- E. CALAMANDREI – D. SNAIDERO, *Abrogazione del mansionario (legge n. 42/99): implicazioni per l'infermiere, l'infermiere dirigente e il caposala*, in *Management Infermieristico*, 1999, 5 ss.236
- M. GUANA, *Il profilo dell'ostetrica/o in relazione alle direttive europee*, in *Lucina*, 2001, f. 3, 18 ss.
- M. GUANA, *I nuovi valori della responsabilità dell'ostetrica/o*. Siryo 2008; 2: 1-6;  
<http://www.ostetricesiryo.com/allegati/60.pdf>.
- M. LUSIGNANI -B. MANGIACAVALLI -M. CASATI, *Deontologia infermieristica, legislazione professionale, competenze specialistiche*, 237 Milano, Masson, 2002.
- B. MANGIACAVALLI, *La nuova dimensione della responsabilità professionale infermieristica in Nursing Oggi*, 2002, 8 ss. GA NORELLI, M.FOCARDI, A. GUIDO, *La figura professionale dell'ostetrica: aspetti normativi e medico-legali*. In *Zacchia*, 2008, fasc. 4, pagg. 367-389
- .D. RODRIGUEZ, *Il codice deontologico dell'ostetrica/o: spunti di riflessione*. In *Rivista Diritto Professioni Sanitarie* 2000; 253-269.
- D. RODRIGUEZ, *Il certificato in ambito sanitario è solo medico?*, in *Rivista Diritto Professioni Sanitarie*, 2003, 224 ss.

D. RODRIGUEZ -A. APRILE, *L'autonomia delle professioni sanitarie 238 (1a parte). Profili giuridici: le professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502*, in *Professione*, 2004, f.1, 11 ss.

D. RODRIGUEZ -A. APRILE, *L'autonomia delle professioni sanitarie (2a parte). Profili giuridici: le professioni sanitarie non citate nell'art. 6, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502*, in *Professione*, 2004, f. 2, 9 ss.

D. RODRIGUEZ -A. APRILE, *L'autonomia delle professioni sanitarie (3a parte). Profili deontologici*, in *Professione*, 2004; 3:7-14.

D. RODRIGUEZ -A. APRILE, *Medicina legale per infermieri*. Roma, Carocci, 2004. D. RODRIGUEZ -A. ARSENI, *La responsabilità nell'esercizio della professione del tecnico sanitario di radiologia medica: aspetti generali ed evoluzione normativa*, in *Rivista medica*, 2007, 63 ss.

D. RODRIGUEZ, *Professione ostetrica*, Milano, Eleda, 2010. SANTULLO, *L'assistenza infermieristica basata sulle evidenze*, in *Management Infermieristico*, 2001 SANTULLO, *L'infermiere e le innovazioni in sanità*, Milano, McGraw-Hill, 2004.

## Sitografia

- [www.infermierionline.net](http://www.infermierionline.net)
- [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)
- [www.normativasanitaria.it](http://www.normativasanitaria.it)
- [www.associazionedeicostituzionalisti.it](http://www.associazionedeicostituzionalisti.it)
- [www.cortecostituzionale.it](http://www.cortecostituzionale.it) <http://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/case-della-salute>

<http://www.saluteinternazionale.info>

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsplingua=italiano&id=4654&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsplingua=italiano&id=4654&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto)

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/multimedia/video/quando-ce-la-casa-dellasalute-ce-tutto-puntata-di-vista-da-vicino-magazine-televisivo-della-giunta-regionale>

<http://www.ctss.bo.it>

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_4.jsparea=programmazioneSanitariaLea](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsparea=programmazioneSanitariaLea)

## Riferimenti normativi

DM 14 settembre 1994

Legge 26 febbraio 1999, n. 42 – “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”

Delibera di Giunta -N.ro 1997/1455 -del 28/7/1997 : “ Direttiva per i criteri di Organizzazione e finanziamento della funzione di Lungodegenza Post-acuzie e Riabilitazione estensiva nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle Aziende sanitarie della regione Emilia Romagna”

Legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" (Pubblicata nella

Gazzetta Ufficiale

n. 208 del 6 settembre 2000)

•29 marzo 2001 Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della L. 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, L. n. 251/2000). Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 23 maggio 2001, n. 118.

•2 aprile 2001 *Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie. Pubblicato* D.M. 2 aprile 2001 *Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 5 giugno 2001, n. 128, S.O.*

Direttiva 2005/36/CE del Parlamento e del Consiglio del 7/9/2005 relative al riconoscimento delle qualifiche professionali, come da ultimo modificata Direttiva 2013/55/UE

Legge 01.02.2006, n. 43 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali”

D.M. 8 gennaio 2009 “Determinazione delle classi delle lauree magistrali delle professioni sanitarie” ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270. (GU n. 122 del 28-5-2009)

D.Lgs 28/1/2016 n.15, recante “Attuazione della Direttiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio, relative al riconoscimento delle qualifiche professionali”

Delibera della Giunta Regionale dell' Emilia Romagna 10/12/2015 n. 2040, recante “Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge n. 135/2012, del Patto per la Salute 2014/2016 e del DM Salute70/2015”

Delibera della Giunta Regionale dell' Emilia Romagna 11/4/2016 n.508, recante “Principi e criteri in ordine alla predisposizione di Linee guida regionali per l'armonizzazione dei protocolli avanzati di impiego di personale infermieristico adottati ai sensi dell' articolo 10 DPR 27/3/1992 per lo svolgimento del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118”

DM 70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”

DGR 291/2010 “Casa della Salute”

DGR 2128/2016 “Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa”

DPCM 12/1/2017 “Nuovi Livelli essenziali di assistenza”

LR 29/2004 “Costituzione del Servizio Sanitario Regionale”







