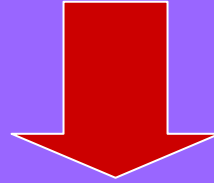


# OBIETTIVI



- **Individuare le peculiarita' dei nuovi bisogni e delle nuove forme di cura a livello territoriale**
- **Individuare i nodi prioritari della Dirigenza e del Management nei Servizi Infermieristici nella prospettiva territoriale**

# IL CONTESTO SOCIO-SANITARIO

## SISTEMA WELFARE:

WELFARE STATE VS  
WELFARE  
COMMUNITY

## SISTEMA SANITARIO:

- OSPEDALE VS TERRITORIO
- APPROCCI PARZIALI VS ECOLOGICO-SISTEMICI

## SISTEMA ORGANIZZATIVO

- CASTELLO VS RETE

## SISTEMA SOCIALE:

- SOCIETA'  
STRUTTURATA VS  
MOLECOLARIZZATA

## ALCUNI INDICATORI DEMOGRAFICI E SOCIALI DELLA POPOLAZIONE ITALIANA

● **Popolazione complessiva : 61.000.000**

**% pop. ≥ 65 anni /pop. Totale: 19,3 %**

**% pop. ≥ 85 anni / pop. ≥ 65 anni: 4%**

● **Famiglie con 1 anziano 34,8%**

**con 1 anziano a carico 22,9%**

**con 2 anziani a carico 11,9%**

● **Disabili da 6-65anni 5%**

● **Disabili da 65 >80 73,2%**

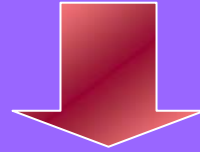
**9,3% 65-74**

**20% 75-79**

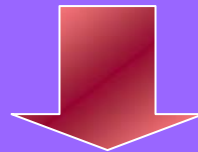
**47,5% > 80**

<b>Indicatori</b>	<b>Italia (1)</b>	<b>Unione Europea (2)</b>
<b>Età media</b>	<b>42,3</b>	<b>40,1 (3)</b>
<b>Indice di vecchiaia</b>	<b>135,4</b>	<b>106,8 (3)</b>
<b>Indice di dipendenza strutturale degli anziani</b>	<b>28,9</b>	<b>25,8 (4)</b>
<b>Tasso di natalità</b>	<b>9,1</b>	<b>10,3 (3)</b>
<b>Tasso di mortalità</b>	<b>9,5</b>	<b>9,7 (3)</b>
<b>Tasso di nuzialità</b>	<b>4,5</b>	<b>4,7 (5)</b>

## BISOGNI DI SALUTE: LE MALATTIE CRONICHE



- **COLPISCONO MILIONI DI PERSONE**
- **SONO RESPONSABILI DEL 70% DEI DECESSI**
- **HANNO EFFETTI DIROMPENTI SUL TESSUTO SOCIALE FAMILIARE**
- **ASSORBONO ENORMI RISORSE DEI SERVIZI SANITARI**



**CRONICITA' NON TROVA PIU' NELLA CURA  
TRADIZIONALE L'UNICA RISPOSTA**

# CRISI DEL MODELLO TRADIZIONALE DI CURA

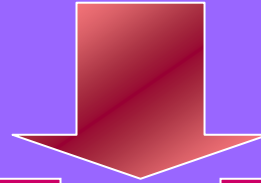
**MODELLO DI CURA  
TRADIZIONALE**  
Approccio parziale

**MODELLO DI CURA  
PRO-ATTIVO**  
Approccio ecologico-  
sistemico

- **prescrittivo**
- **basato sull'attesa dell'evento**
- **Ospedalocentrico**
- **cittadini fruitori passivi**

- **anticipatorio di bisogni inespresi e potenziali e di segni di aggravamento della malattia**
- **basato sulla prevenzione delle fragilità e della istituzionalità e sulla responsabilizzazione del paz. e fam.**
- **cittadini pro-sumer**

# NUOVE FORME DI CURA TERRITORIALI



## STRATEGIE DI CURA IN ITALIA

- per livelli di intensità
- pro-attiva
- integrazione socio-sanitaria
- Sviluppo di comunità
- Promozione alla salute

## CHRONIC CARE MODEL

- la comunità'
- l'organizzazione assistenza
- Il self-management
- Il sistema erogazione cure
- Il supporto alle decisioni
- Il sistema informativo

# QUALE GOVERNO ASSISTENZIALE?

## NORMATIVA

- L. 42/99
- L. 251/00
- LEGGI REGIONALI

## CRITICITA'

- **APPLICAZIONE NORMATIVA  
LENTA ED ETEROGENEA**
- **MODELLI ORGANIZZATIVI  
POCO INCISIVI NEL  
CAMBIAMENTO CULTURALE**
- **RICONOSCIMENTO FUNZIONE  
DIRIGENZIALE IN PROGRES**  
(RICONOSCIUTA PIU' NOMINALMENTE CHE ISTITUZIONALMENTE)
- **CRESCITA CULTURALE  
PROFESSIONALE LENTA E  
DIFFICOLTOSA**

# CRITERI E LOGICHE DI SCELTA DEI MODELLI ORGANIZZATIVI DEI SERVIZI INFERMIERISTICI

**IERI**



- basati sulla struttura dell'ambiente organizzativo stabile
- orientati a costruire la propria "struttura organizzativa" e la propria identità
- focus sul "contenitore organizzativo"
- LOGICA DEL LEGITTIMARE LA FUNZIONE ASSISTENZIALE

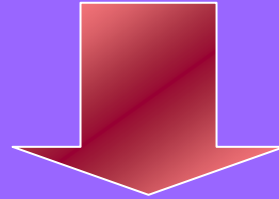
**OGGI**



- orientati a costruire "cultura professionale- e organizzativa"
- focus sul sistema culturale/valoriale professionale e organizzativo (leadership e competenze)
- orientati allo sviluppo e alle sfide del cambiamento, della gestione dell'incertezza e della complessità
- LOGICA DELL'EMPOWERMENT E DEL CAMBIAMENTO

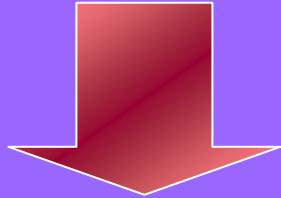


# LA SFIDA DEI PROSSIMI ANNI :



**Qual è il modello di leadership e di organizzazione più pertinente a un servizio infermieristico che vuole fare la differenza sui pazienti?**

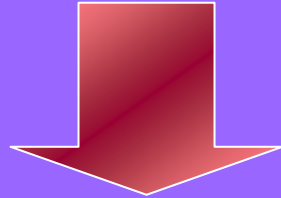
## PER RISPONDERE A QUALI ASPETTATIVE?



### UTENTE

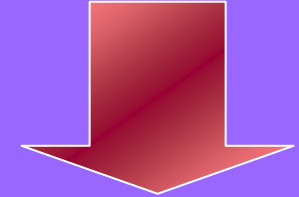
UN PAZIENTE INFORMATO, CHE INTERAGISCE CON UN TEAM PREPARATO E PRO-ATTIVO ALLO SCOPO DI OTTENERE UN'ASSISTENZA DI QUALITA'; CHE HA TROVATO SOLUZIONE AI SUOI PROBLEMI E CHE E' AIUTATO A GESTIRE LA SUA MALATTIA.

HA BISOGNO DI SENTIRSI PRESO IN CARICO



### PROFESSIONISTI

SVILUPPO PROFESSIONALE NON SOLO GESTIONALE, MA ANCHE CLINICO-ASSISTENZIALE, UN RICONOSCIMENTO DELLE COMPETENZE RAGGIUNTE, ESERCIZIO DEL RUOLO DEI LEADERSHIP ANCHE IN CONTESTI MULTIDISCIPLINARI UTILE PER AFFRONTARE CRITICITA'

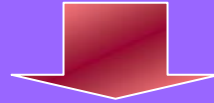


### SISTEMI SANITARI

ORGANIZZAZIONI CHE VOGLIONO UNA DIREZIONE INF.CA ASSERTIVA AGLI OB.VI AZIENDALI

ORGANIZZAZIONI CHE CHIEDONO SVILUPPO ORG.VO E MIGLIORAMENTO CONTINUO SENZA MODIFICAZIONE DELL'ASSETTO DEL POTERE OPPURE CON MODIFICAZIONE

## **NODI DELLA DIRIGENZA/MANAGEMENT S.I. LIVELLO STRATEGICO**



**● GOVERNO ASSISTENZIALE →vs GOVERNO SISTEMA SALUTE**

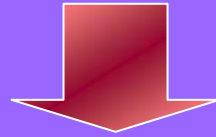
**● ASSENZA DI ORGANI PROGRAMMATICI →VS OSSERVATORI REGIONALI (es da strutture protette vs nursing home facilities)**

**● RUOLO DEBOLE DEL DIRIGENTE INF.CO NELLA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E NELLE SCELTE DI SALUTE COMUNITARIA → VS PARTECIPAZIONE ATTIVA**

**● RUOLO DEBOLE DEL DIRIGENTE INF.CO (limitata autonomia gestionale)→ VS RESPONSABILITA' SOC CURE PRIMARIE**

**● PRECARIETA' RUOLO DIRIGENZIALE → VS STRUTTURAZIONE**

**NODI DIRIGENZA/MANAGEMENT S.I.  
LIVELLO STRATEGICO**

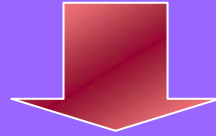


**● CONTENITORE ORGANIZZATIVO → VS SVILUPPO CULTURA DEI PROFESSIONAL SU AUTONOMIA E RESPONSABILITA' (basate su SAPERI E COMPETENZE avanzate)**

**● SERVIZI INFERMIERISTICI DESTRUZZURATI → VS S.I. CON TECNOSTRUTTURA**

**● STRUTTURE SEMPLICI → STRUTTURE COMPLESSE**

## NODI DIRIGENZA/MANAGEMENT S.I. LIVELLO STRATEGICO

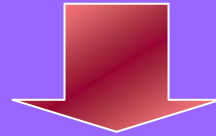


● **SCARSA PARTECIPAZIONE DEI SERV. INF.CI NELLA  
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA (COLLEGIO DI DIREZIONE) E NEL  
PROCESSO DI BUDGETING → PARTECIPAZIONE STRUTTURATA**

● **SEPARAZIONE TRA FORMAZIONE E ORGANIZZAZIONE → VS  
SINERGIA**

● **LEADERSHIP INDIVIDUALISTA → NET-WORK PROFESSIONALI**

## **NODI DIRIGENZA/MANAGEMENT S.I. LIVELLO STRATEGICO -GESTIONALE**



**● MODELLI ORGANIZZATIVI CENTRATI SULLA DIFFERENZIAZIONE  
→vs MODELLI ORGANIZZATIVI INTEGRATI**

**● MODELLI ORGANIZZATIVI MONO PROFESSIONALI → VS  
MULTIPROFESSIONALI (AUTONOMIA PROF. E AUTON MULTIPROF)**

**● MODELLI PROFESSIONALI DI NURSING DI BASE → VS  
AVANZATO di cui gli elementi fondamentali sono: principio del  
bisogno, del beneficio, delle competenze**

**● MODELLI ASSISTENZIALI PRESTAZIONALI → VS MODELLI  
ASSISTENZIALI RELAZIONALI A FORTE VALENZA SOCIALE  
● ( prestazione vs presa in carico)**

## **NODI DIRIGENZA/MANAGEMENT S.I. LIVELLO STRATEGICO -GESTIONALE**



**● MANAGEMENT → LEADERSHIP BASATA SULLE EVIDENZE**

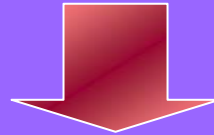
**● PROMUOVERE STRATEGIE PER SVILUPPARE UN AMBIENTE DI LAVORO POSITIVO, ATTRATTIVO ED EFFICACE**

**● RESPONSABILITA' SULL'ATTO VS → RESPONSABILITA' CLINICA E ORGANIZZATIVO-GESTIONALE**

**● SVILUPPO LEADERSHIP PROFESSIONALE:**

- Riduzione del potere autorizzativo e di controllo**
- Espansione del potere della competenza professionale specifica**
- Partecipazione alla definizione dei percorsi assistenziale e dei processi operativi**

## **NODI DIRIGENZA/MANAGEMENT S.I. STRUMENTI GESTIONALI**



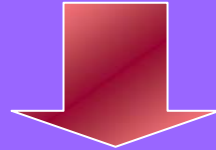
**● SCARSA PRESENZA DI STRUMENTI GESTIONALI PER  
PROM.SALUTE E Q. VITA CITTADINI → VS DEFINIZIONE NURSING  
OUTCOME**

**● DIFFICOLTA' A VALUTARE Q. SPESA RISPETTO A RISULTATI  
SALUTE → SVILUPPO SISTEMA DI INDICATORI**

**● QUALI RAPPORTI /RUOLO UTAP CON LA FUNZIONE DI GOVERNO  
ASS.LE?**

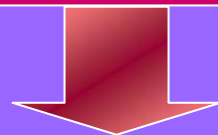


## **NODI DIRIGENZA/DIRIGENZA STRUMENTI VALUTATIVI**



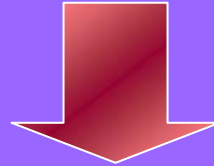
- **SCARSA CONOSCENZA DEL BISOGNO REALE → VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DI VALUTAZIONE DEL BISOGNO**
- **SCARSA CONOSCENZA DEI BISOGNI DI SALUTE → VS VALUTAZIONE ANTICIPATA DEL BISOGNO POTENZIALE ED INESPRESSO**
- **POTENZIARE FASE VALUTATIVA E DECISIONALE DELL'EROGAZIONE DEI SERVIZI ATTRAVERSO PUNTI UNICI DI ACCESSO E UNITA' MULTIPROFESSIONALI DI PROGETTO**

## **NODI DIRIGENZA/MANAGEMENT STRUMENTI OPERATIVI**



- DALLA PRESTAZIONE → PRESA IN CARICO GLOBALE E PERSONALIZZATA**
- PIANO ASSISTENZIALE MONOPROFESSIONALE → PROGETTO PERSONALIZZATO MULTIDISCIPLINARE**
- DIFFICOLTA' NEL GARANTIRE PRESIDIO NEL CAMBIAMENTO DI SETTING ASSISTENZIALE → CONTINUITA' ASSISTENZIALE ATTRAVERSO ISTITUZIONE DEL CASE MANAGER (da competenze specialistiche su funzioni → competenze specialistiche su processi)**
- SCARSO RICONOSCIMENTO/PROMOZIONE DELL'ASSISTENZA INFORMALE ALL'INTERNO DELLA RETE → MODALITA' OPERATIVE DI WELFARE COMMUNITY**
  - PROMUOVERE EDUCAZIONE TERAPEUTICA**

## QUALI PROSPETTIVE?



**CI TROVIAMO TRA CIO' CHE NON E' PIU'  
E CIO' CHE NON E' ANCORA**

**MA COME OGNI TRANSIZIONE HA IN SE'  
MOLTE CRITICITA'/POTENZIALITA'  
MA ANCHE MOLTI FUTURI**

**CHE DIPENDONO MOLTO DA CIO'  
CHE NOI FAREMO**

*.... "viandante non c'è una via , la  
via si crea con l'andare"*

*A. Machado*



**Se la logica sottesa consisterà nel concepire  
l'assistenza non come un prodotto erogabile,  
ma un bene comune da costruire  
interattivamente!**

**... incominciando magari a rinunciare all' individualismo sfrenato ed aggressivo degli ultimi decenni per privilegiare il "NOI" rispetto all' "IO". Il noi del volontariato, della reciproca assistenza, della familiarità del borgo rispetto all' anonimato della metropoli, il noi della convivialità, dei comportamenti virtuosi in ordine alla circolazione stradale, alle scelte e al consumo dei cibi, alle condotte a rischio, agli stili di vita ...**

**...forse qualcosa succederà!!!**

Umberto Galimberti

La Repubblica 2 settembre 2005, pag. 47