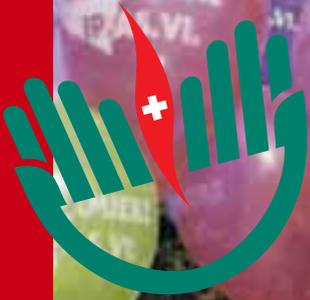


Luglio 2012 - N. 50

Algorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

NUMERO SPECIALE
COMPETENZE INFERMIERISTICHE



Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB - Como

La rivista è consultabile sul sito www.ipasvicomo.it



1 luglio 1994 - manifestazione per l'approvazione del profilo.

Introduzione	2
1 parte: La prima Bozza del tavolo Ministero Salute/Regioni - aprile 2012	4
Bozza di accordo	5
Allegato: Evoluzione della professione infermieristica	7
Allegati Tecnici	10
2 parte: I commenti e i giudizi sulla bozza:	19
Cosa dicono le altre professioni	20
Associazioni infermieristiche e Università	22
Organizzazioni sindacali	28
Altri commenti	32
3 parte: Gli interventi della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI	34
Comunicazione del 24 aprile	36
Resoconto incontro del 26 aprile	37
Sintesi Consigli Nazionali del 18 maggio e del 6 giugno	38
Resoconto incontro del 14 giugno	40
4 parte: La seconda Bozza del tavolo Ministero Salute/Regioni - luglio 2012	41
Bozza di accordo	42
Allegato: Evoluzione della professione infermieristica	44
Allegati aree tematiche	49
5 parte: Il parere del Collegio IPASVI di Como	61
Tre domande sulla bozza del documento sulle competenze infermieristiche	62
Eventi formativi secondo semestre	64

INTRODUZIONE

Dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

A metà aprile è stata diffusa una bozza di documento relativo alla “**Evoluzione della professione infermieristica**”, riferito alla “ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell’infermiere e dell’infermiere pediatrico”. Tale documento, sul quale si è attivata una discussione importante e significativa, è stato elaborato da un tavolo congiunto Ministero della Salute e Regioni su invito della Commissione Salute, per la verifica dei profili professionali delle professioni sanitarie.

Vista la rilevanza del documento diffuso (in particolare per le sue implicazioni future sulla professione) e il conseguente forte impatto mediatico abbiamo deciso di proporre un **NUMERO SPECIALE** della nostra rivista dedicato a tale tematica.

Lo scopo è quello di contribuire a diffondere le informazioni su quanto sta avvenendo, in modo che la questione non rimanga solo un problema di (presunti) addetti ai lavori ma che diventi una possibilità di presa di coscienza per l’intera professione.

Non è ancora chiaro se si tratti di un passaggio storico sovrapponibile ad alcuni di quelli recenti (approvazione profilo, approvazione legge 42/99) ma, sicuramente, siamo di fronte ad un nodo centrale per lo sviluppo e la crescita non solo della nostra professione ma anche dell’intero SSN.

Giustamente, vi sono alcuni interrogativi preliminari cui è opportuno rispondere: **Perché è stato attivato il tavolo? Quando? Chi sono gli attori in causa?**

Possiamo però ricavare dagli stessi documenti diffusi che i temi che hanno avuto una qualche rilevanza per la costituzione del tavolo sono:

- una specifica richiesta delle Regioni al Ministero della salute con nota prot. 458704 del 5/10/2011 nella quale si chiedeva di avviare un tavolo congiunto per la verifica dei profili professionali sanitari esistenti in un’ottica di ampliamento delle competenze dei professionisti;
- la necessità, definite e condivise dal Ministero della Salute, di ampliare le competenze dei professionisti della sanità e l’opportunità di accorpate le figure dell’infermiere e dell’infermiere pediatrico;

- c) la costante e profonda evoluzione nei settori scientifico, epidemiologico, demografico, formativo/professionale nonché lo sviluppo dell'informatizzazione e delle tecnologie con conseguente rimodulazione dei processi assistenziali e organizzativi in ambito sanitario e socio sanitario;
- d) la proposta di PSN 2012-2014, approvata dalla Conferenza Stato-Regioni, che, al punto 1.6 prevede lo sviluppo di nuove competenze e responsabilità da parte delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, consolidando quanto già in atto nel nostro Paese ed uniformandosi così agli altri sistemi europei.

Il tutto deve essere poi inquadrato nel contesto delle responsabilità definite dall'attuale assetto costituzionale che sulle competenze delle professioni sanitarie prevede possa intervenire solo l'amministrazione centrale (il ministero) mentre alle Regioni sono riservati compiti esclusivamente organizzativi e di gestione. Di conseguenza esigenze organizzative pregnanti (vedi See and Treat, gestione dei PS, ruolo degli infermieri nei mezzi di soccorso intermedio) possono aver sollecitato le Regioni a garantirsi la legittimità di tali attribuzioni evitando possibili contenziosi (vedi esposto Dott. Pizza) considerando l'economicità e la funzionalità di tali soluzioni. Accanto a questi temi, anche il recente rilancio di una possibile riduzione del numero dei Medici può aver indotto le Regioni e il Ministero a prevedere in anticipo possibili soluzioni organizzative certamente più economiche.

Va detto, inoltre, che il tavolo è stato attivato non prima dell'ottobre del 2011, è stato coordinato da F. Toniolo e

prevedeva anche rappresentanti infermieristici di alcune regioni nonché rappresentanti del Ministero della Salute. La Federazione Nazionale IPASVI è stata ufficialmente coinvolta ad aprile.

Abbiamo pensato di strutturare questo numero speciale in cinque parti:

La **prima** riportando la Bozza di documento, diffusa ad aprile, compreso di allegati tecnici.

La **seconda** parte racchiude una sintesi dei commenti e dei giudizi diffusi suddivisi in relazione ad un criterio di appartenenza a categorie definite. Nella **terza** parte abbiamo sintetizzato gli interventi della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI e del Consiglio Nazionale fino all'esito dell'incontro del 14 giugno scorso.

La **quarta** parte presenta l'ultima bozza del documento disponibile agli inizi di luglio elaborata dal tavolo di lavoro dopo le consultazioni effettuate.

La **quinta** parte dà spazio alle valutazioni espresse dal Consiglio Direttivo del Collegio di Como

È ovvio che trattandosi di una discussione in atto è possibile che durante la stampa e diffusione della rivista vi siano ulteriori novità e/o nuovi documenti. Con questo rischio riteniamo comunque che quanto pubblicato sia e resti un documento storico di quanto avvenuto in questo ultimo periodo.

Buona lettura.

Numero Speciale a cura di:
Stefano Citterio, Paola Pozzi,
Monica Trombetta e Oreste Ronchetti





La prima bozza
del documento



Evoluzione della professione infermieristica

Ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico.

In questa sezione è pubblicata la prima bozza del documento ministeriale prodotto dal tavolo congiunto Ministero/Regioni diffuso ad aprile 2012.

IL DOCUMENTO DIFFUSO È COSTITUITO DA TRE PARTI: LA PRIMA È LA BOZZA DI ACCORDO TRA REGIONE E GOVERNO COMPOSTA DA 4 ARTICOLI DI CUI LE DUE PARTI SUCCESSIVE RAPPRESENTANO L'ALLEGATO TECNICO. L'ALLEGATO TECNICO È COSTITUITO A SUA VOLTA DA UNA PARTE INTRODUTTIVA E DA CONTRIBUTI RELATIVI ALLE AREE DI INTERVENTO DEFINITE NELL'ART. 2E RELATIVO ALLE COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI TRASVERSALI.

Bozza di Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico.

Nell'odierna seduta del ___/___/___;
 VISTI gli articoli 2, comma 2, lett. B) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;
 VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
 VISTO il D.M. 14 settembre 1994, n. 739, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere";
 VISTO il D.M. 17 gennaio 1997, n. 70, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico";
 VISTA la legge 26 febbraio 1999 n. 42, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie";
 VISTA la legge 10 agosto 2000 n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica";
 TENUTO CONTO del riparto di competenze fra Stato e Regioni, così come delineato dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, che ha modificato il Titolo V della Costituzione;
 TENUTO CONTO che il PSN 2012-2014, la cui proposta è stata approvata dalla

Conferenza StatoRegioni, al punto 1.6 prevede lo sviluppo di nuove competenze e responsabilità da parte delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, consolidando quanto già in atto nel nostro Paese ed uniformandosi così agli altri sistemi europei:

VISTA la richiesta inoltrata dalla Commissione Salute per il tramite della Regione del Veneto, coordinatrice della stessa, all'attenzione del Ministero della Salute con nota prot. 458704 del 5/10/2011 di avviare un tavolo congiunto per la verifica dei profili professionali sanitari esistenti in un'ottica di ampliamento delle competenze dei professionisti;

CONSIDERATO che il Ministero della Salute ha concordato sulla necessità di ampliare le competenze dei professionisti della sanità e tenuto conto dell'accorpamento delle figure dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico;
 CONSIDERATA la costante e profonda evoluzione nei settori scientifico, epidemiologico, demografico, formativo/professionale nonché lo sviluppo dell'informatizzazione e delle tecnologie con conseguente rimodulazione dei processi assistenziali e organizzativi in ambito sanitario e socio sanitario;
 TENUTO CONTO delle osservazioni espresse dalle rappresentanze professionali interessate;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo e le Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, nei seguenti termini:



Art. 1 (Oggetto)

1. Il presente Accordo definisce lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere, al fine di favorirne l'approfondimento nonché l'attribuzione di ulteriori funzioni avanzate, in connessione con gli obiettivi di prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione, previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, anche a seguito di ulteriore formazione complementare e specialistica.

Art. 2 (Aree di intervento)

1. Sono individuate cinque grandi aree di intervento:
Area cure primarie (cronicità, sanità pubblica, comunità e fragilità);
Area critica e dell'emergenza urgenza;
Area chirurgica;
Area pediatrica;
Area salute mentale e dipendenze.
2. L'allegato tecnico, parte integrante e sostanziale del presente accordo, indi-

vidua le competenze descritte all'interno di ciascuna area.

Art. 3 (Formazione)

1. Nell'ambito di quanto stabilito all'art. 1 è prevista una formazione complementare modulare, post laurea, sulla base di programmi definiti tra Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome, da svolgersi nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale: Con successivo provvedimento del Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica d'intesa di concerto con il Ministero della Salute, d'intesa con le Regioni e Province Autonome, saranno rivisitati i piani di studio della Laurea in Infermieristica, della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e dei Master universitari di I e II livello.

Art. 4 (Invarianza)

Dal presente accordo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.



www.ipasvicomo.it



Evoluzione della professione infermieristica

Aree di competenza-responsabilità
nei nuovi scenari sanitari e socio sanitari

Tavolo di lavoro Regioni-Ministero

(revisione dei profili di competenza dell'infermiere)

7

Nel contesto del servizio sanitario nazionale e in modo più estensivo nell'assistenza alla persona, si sta assistendo ad una significativa evoluzione delle componenti organizzativo-assistenziali conseguenti all'oggettivo manifestarsi di alcuni fenomeni, legati in particolare, all'aumento dell'età media, della popolazione con fragilità e malattie cronico-degenerative, a cui si associa la costante e profonda evoluzione scientifica e tecnologica.

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

Il generarsi con forza di nuove esigenze nell'istituire servizi, rivisitare luoghi di cura, sia ospedalieri che territoriali, rende peculiare la modificazione del ruolo professionale, dato dalle competenze, abilità e capacità dell'infermiere.

La ridefinizione degli ambiti di attività con modalità multiprofessionali, e il conseguente ampliamento delle competenze/responsabilità acquisite nel percorso formativo-laurea triennale, laurea magistrale, master di primo e secondo livello percorsi formativi modulari strutturati dalle Regioni in base a specifiche esigenze costituisce l'ambito di azione e lo spazio istituzionale in cui proporre le necessarie modifiche.

Le sfide che dovranno essere affrontate nell'immediato futuro dal Sistema Sanitario (sostenibilità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza, consenso) inducono ad affrontare alcuni nodi problematici al fine di contemperare il raggiungimento degli obiettivi di sistema indicati nel PSN e dai rispettivi Piani Sanitari Regionali. Investire nella professione infermieristica ponendo le basi per una nuova autonomia e responsabi-

lità professionale, consente di favorire un sistema professionale capace di sostenere e soddisfare le esigenze dei servizi e della popolazione.

Uno dei più significativi determinanti del buon andamento/qualità dei servizi sanitari e socio sanitari è costituito dall'insieme degli operatori che, costituendo l'interfaccia principale tra il sistema e i cittadini, assumono un ruolo centrale 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.

Il quadro normativo delle professioni infermieristiche

L'evoluzione delle professioni infermieristiche (d'ora in poi: la professione) vede il suo inizio con il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 che, nell'adeguare l'impianto del SSN nato dalla legge 833/78, trasferisce la formazione infermieristica dalla sede regionale a quella universitaria e statuisce che la conseguente ridefinizione del profilo professionale dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico dovrà aversi tramite specifico decreto del Ministero della sanità (ora ministero della salute).

Il Ministero della Sanità (ora Ministero della Salute), con Decreto 14/09/1994 n. 739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere", delinea il profilo professionale dell'infermiere che viene definito responsabile dell'assistenza generale infermieristica - e specifica che l'assistenza infermieristica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa.

Il Ministero della Sanità (ora Ministero della Salute), con Decreto 17/01/1997 n. 70



"Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico", delinea il profilo professionale dell'infermiere pediatrico con funzioni analoghe a quelle dell'Infermiere per quanto attiene il neonato, il bambino, l'adolescente.

L'impianto normativo sopra descritto viene successivamente perfezionato:

- dalla legge 26/02/1999 n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che sancisce che quella infermieristica è una professione sanitaria a tutto tondo e che "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992. n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali".
- dalla legge 10 agosto 2000 n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" che all'art. 1, comma 1, 2 e 3 recita:
 - "1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.
 - 2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristiche - ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale, all'integrazione dell'organizzazione

del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea.

- 3. Il Ministero della Sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per: l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni; la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata".

Per effetto del su riportato quadro normativo è dato osservare che:

- a) le professioni infermieristiche sono professioni autonome (art. 1 L. n. 42/1999 e art. 1, comma 1, l. 251/2000), essendo stata abrogata la definizione di "professione sanitaria ausiliaria" ex art. 1, comma 1;
- b) l'oggetto della professione è costituito dalle "attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva" (art. 1, comma 1, L. n. 251/2000);
- c) le funzioni proprie della professione sono definite "dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, dai contenuti degli ordinamenti didattici, nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza" (art. 1, comma 1, L. 251/2000);
- d) ulteriori funzioni possono essere stabilite dallo Stato e dalle Regioni "nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative".

Appare evidente che i criteri per la determinazione delle competenze proprie della professione, vengono sostanzialmente individuati:

- a) nel criterio guida - introdotto dall'art. 1, comma 1, L. n. 251/2000 che preordina la professione allo svolgimento delle "attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva";
- b) nei criteri limiti - previsti dall'art. 1 L. n. 42/1999 e dall'art. 1, comma 1, L. 251/2000 - costituiti dai profili professionali, dall'ordinamento universitario e formativo post-base e dai codici deontologici.



È, altresì, evidente che i criteri limiti di cui alla sopra riportata lett. b) configurano una dinamicità in progress di attribuzione di competenze/responsabilità e funzioni secondo quanto già previsto o potrà essere stabilito da disposizioni normative ed amministrative, preordinate a definire i profili professionali, gli ordinamenti universitari e formativi, le regole deontologiche.

Il tutto è esaltato e rafforzato dalla portata della previsione dell'art. 1, comma 2, L. n. 251/2000 che attribuisce espressamente allo Stato e alle Regioni il compito di promuovere, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, *"la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico - ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea"*.

Quanto sopra indica che la valorizzazione e responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo della professione ad opera dell'attività legislativa ed amministrativa dello Stato e delle Regioni, deve essere realizzata alla luce e nel rispetto:

- a) della competenza propria della professione, che si identifica con le *"attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva"* (art. 1, comma 1, L. n. 251/2000);
- b) dell'evoluzione dei percorsi formativi definiti dalle istituzioni universitarie e formative per le professioni sanitarie.

La statuizione dell'art. 1 della Legge 42, *"Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie ...è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre ...professioni del ruolo sanitario... nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali"*, ha provocato, anche recentemente, un significativo dibattito tra la professione infermieristica e quella medica soprattutto per quanto concerne la ridefinizione dei campi di attività e delle competenze/responsabilità nei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), la continuità dell'assistenza e la presa in carico territoriale di numerose tipologie di pazienti, l'innovazione dell'organizzazione del lavoro.

In considerazione della complessità quotidiana del funzionamento degli ospedali, dei servizi sanitari e socio sanitari territoriali e della necessaria innovazione dei processi

dell'organizzazione e dei percorsi-clinicoassistenziali-riabilitativi si pone, con evidenza, la necessità del lavoro interdisciplinare e multiprofessionale all'interno delle attività clinico assistenziali dirette alla tutela della salute degli individui e della collettività. Tale scenario richiede l'acquisizione di saperi elevati per ciascuna professione dell'equipe e competenze agite in una logica di integrazione, collaborazione e cooperazione tra professionisti e non solo dell'area sanitaria.

Metodo di lavoro: partecipazione, comprensione e condivisione

La modalità di esercizio professionale chiede di innovare i rapporti tra le diverse professionalità sanitarie e socio-sanitarie e l'organizzazione dei processi produttivi. Allo scopo diviene rilevante la capacità di relazionarsi nell'intento di fornire appropriate prestazioni e luoghi di lavoro dove il clima favorisce comprensione, partecipazione e condivisione della reciproca evoluzione professionale.

Nell'ottica di cui sopra, diviene fondamentale che la politica orienti azioni programmatiche e piani di studio che valorizzino i concetti precedentemente illustrati; nel contempo diviene fondamentale anche che i Ministeri in condivisione con le Regioni producano, nell'ambito delle rispettive competenze istituzionali, gli atti di aggiornamento/adequamento normativo e gli strumenti di pianificazione, attuazione e valutazione dell'impatto di tali innovazioni sulla salute dei cittadini e sulla sostenibilità economica.

Gli strumenti operativi

Per attuare quanto disposto dal presente documento risulta necessaria l'innovazione e la ridefinizione delle competenze del profilo professionale dell'infermiere veicolata da strumenti operativi quali, ad esempio:

- accordo Stato-Regioni che fornisce indirizzi per la gestione del sistema;
- provvedimenti di Giunta Regionale per l'implementazione di modelli organizzativi basati sull'intensità di cura e la complessità assistenziale sia a livello ospedaliero che dei servizi territoriali;
- provvedimenti di Giunta Regionale per l'individuazione e attivazione di percorsi formativi professionalizzanti nell'ambito dei Sistemi Sanitari Regionali;
- accordi fra Regione e Università per l'attivazione di percorsi formativi post-laurea triennale;



- indirizzi interministeriali per la ridefinizione dei piani di studio curriculari della laurea triennale e magistrale;
- linee guida allegate al Piano Sanitario Nazionale o ai Piani Sanitari Regionali;
- linee progettuali/sperimentali nazionali o regionali per determinati campi di attività, o per percorsi diagnostico terapeutico assistenziali o processi clinico assistenziali.

La ridefinizione, l'implementazione e l'approfondimento delle competenze e responsabilità professionali degli infermieri riguarda, in prima fase, le competenze che possono essere esercitate, dando atto agli strumenti sopra presentati, nelle seguenti aree professionali:

- AREA CURE PRIMARIE (cronicità, sanità pubblica, comunità e fragilità);
- AREA CRITICA E DELL'EMERGENZA URGENZA;
- AREA CHIRURGICA;
- AREA PEDIATRICA;
- AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE;

La declinazione delle competenze di ciascuna area è specificata nell'allegato tecnico che è parte integrante del presente documento.

Quanto rappresentato fonda il proprio razionale attraverso una visione integrata delle seguenti componenti:

- formativa regionale: dove attivare una formazione modulare che risponda alla professionalizzazione degli infermieri in conformità agli obiettivi posti in programmazione;
- formativa curricolare universitaria: dove ridefinire i piani di studio della laurea triennale e magistrale nonché dei master condivisi in accordi tra ministeri e regioni al fine di rispondere alle necessità di sviluppo della professione infermieristica percorrendo in tal modo positive esperienze già mature in ambito internazionale.

Nella definizione dei nuovi percorsi formativi è essenziale una forte integrazione fra l'Università e il SSR affinché la formazione universitaria faccia proprie le necessità che nascono sia dall'evoluzione dei sistemi sanitari sia dalla necessità di sviluppare competenze professionalizzanti.

Ciò nell'ottica di porre in essere un sistema di flessibile dinamicità, escludendo ingessature organizzative, nelle progressioni di carriera e favorendo meccanismi di valorizzazione professionale capaci di riconoscere il valore e il contributo posto da parte del singolo professionista nel processo assistenziale/organizzativo per il tempo di effettivo e positivo esercizio della competenza.

ALLEGATI TECNICI

Infermiere area cure primarie

1 Competenze tecnico professionali

1.1 Assistenza nelle cure primarie

1.1.1 Gestire i bisogni socio-sanitari e sanitari delle persone nelle cure primarie con un approccio integrato;

- 1.1.1.1 Utilizzare strumenti standardizzati per l'identificazione precoce di possibili stati patologici (medicina di opportunità e di iniziativa);
- 1.1.1.2 Definire criteri per la classificazione del livello di complessità assistenziale basati sullo stato funzionale cognitivo e di stabilità clinica;
- 1.1.1.3 Elaborare con l'equipe multiprofessionale il percorso clinico-assistenziale della persona assistita avvalendosi del sistema informativo al fine di garantirne la tracciabilità;
- 1.1.1.4 Monitorare le condizioni di stabilità della persona assistita

ta cronica in funzione della patologia;

- 1.1.1.5 Proporre un intervento socio-assistenziale sulla base delle interpretazioni relative ai dati clinico-assistenziali;
- 1.1.1.6 Trattare in autonomia problemi specifici sulla base di percorsi clinico assistenziali o protocolli condivisi nell'equipe multiprofessionale;
- 1.1.1.7 Gestire con l'equipe multiprofessionale il trattamento farmacologico e le cure palliative secondo protocolli prestabiliti;
- 1.1.1.8 Collaborare all'attività di sorveglianza e farmaco-vigilanza nelle condizioni croniche identificando gli eventuali segnali di destabilizzazione specifici per ogni patologia;
- 1.1.1.9 Garantire supporto-educazione terapeutica alla persona assistita e al familiare;



- 1.1.1.10 Prescrivere sulla base di linee guida regionali presidi e ausili a supporto della dipendenza/non autosufficienza;
- 1.1.1.11 Intervenire nelle situazioni di riacutizzazione;
- 1.1.1.12 Riconoscere segni e/o segnali di disagio psichico sociale e cognitivo;
- 1.1.1.13 Attivare la rete dei servizi a supporto in collaborazione con gli altri profili;
- 1.1.1.14 Utilizzare l'ecografia e altri strumenti di diagnostica semplice a sostegno dell'attività assistenziale;
- 1.1.1.15 Riconoscere le principali manifestazioni che richiedono tempestività di intervento;
- 1.1.1.16 Garantire la presa in carico della persona assistita cronica e/o in condizione di fragilità;
- 1.1.1.17 Realizzare un'assistenza infermieristica centrata sui problemi di salute e le necessità della persona assistita e/o della famiglia in relazione all'età, al grado di autonomia, alla necessità di mantenere e sviluppare legami affettivi e sociali;
- 1.1.1.18 Svolgere una funzione di filtro rispetto alle richieste della persona assistita orientandola verso i servizi e gli operatori adeguati al bisogno di salute espresso.

1.1.2 Gestire il processo infermieristico nell'ambito della continuità assistenziale, comunità e domiciliarità;

- 1.1.2.1 Applicare i processi assistenziali nei contesti di comunità;

- 1.1.2.2 Gestire il bilancio di salute in età pediatrica sulla base di protocolli condivisi;
- 1.1.2.3 Gestire in collaborazione con altri professionisti programmi di screening per le popolazioni a rischio;
- 1.1.2.4 Organizzare campagne vaccinali;
- 1.1.2.5 Organizzare programmi di sorveglianza, prevenzione e di controllo delle infezioni in ogni presidio ospedaliero e/o comunità, orientati sia agli utenti che agli operatori;
- 1.1.2.6 Gestire la terapia su protocolli concordati.

1.2 Educazione

1.2.1 Promuovere il processo educativo;

- 1.2.1.1 Realizzare, in collaborazione con gli insegnanti delle scuole, specifici programmi di educazione alla salute rivolti agli studenti per il controllo dei fattori di rischio in rapporto alle fasce d'età;
- 1.2.1.2 Educare la persona assistita e la sua famiglia a corrette abitudini di vita, tenendo conto della loro rappresentazione della malattie e delle differenze comportamentali legate alla cultura di appartenenza;
- 1.2.1.3 Realizzare interventi educativi rivolti al personale rispetto a problematiche inerenti la promozione, la prevenzione e l'educazione sanitaria;
- 1.2.1.4 Gestire le risorse umane e materiali dei servizi per realizzare un'assistenza efficace, efficiente e coerente.

Infermiere area critica e emergenza urgenza

1 Competenze tecnico professionali

1.1 Processi assistenziali in emergenza urgenza

- 1.1.1 Gestire l'intervento di emergenza;
 - 1.1.1.1 Individuare i processi organizzativi del contesto;
 - 1.1.1.2 Gestire la documentazione del processo di assistenza;
 - 1.1.1.3 Individuare i livelli di responsabilità professionale in rela-

zione all'organizzazione di appartenenza e alla pianificazione delle attività;

- 1.1.1.4 Garantire la continuità assistenziale con l'ospedale attraverso una comunicazione efficace;
- 1.1.1.5 Riconoscere le principali alterazioni metaboliche, respiratorie e cardiache nel paziente acuto;



- 1.1.1.6 Riconoscere le principali alterazioni ematochimiche nella diagnostica di laboratorio in emergenza;
- 1.1.1.7 Gestire, con funzioni di Team Leader, l'assistenza nelle situazioni di emergenza-urgenza territoriale;
- 1.1.1.8 Gestire efficacemente ed in sicurezza i casi non critici;
- 1.1.1.9 Applicare linee guida, procedure e protocolli nel setting dell'emergenza;
- 1.1.1.10 Utilizzare score di gravità clinica e indicatori di outcome;
- 1.1.1.11 Sviluppare percorsi clinico assistenziali in equipe multi-professionale;
- 1.1.1.12 Garantire livelli di sicurezza adeguati ai livelli di criticità clinico-assistenziale delle persone assistite nel trasporto intra e interospedaliero dei pazienti;
- 1.1.1.13 Gestire la terapia su protocolli concordati;
- 1.1.1.14 Eseguire la sutura di ferite sulla base di protocolli condivisi.
- 1.1.3.2 Utilizzare modalità comunicative efficaci specifiche per il contesto di attività;
- 1.1.3.3 Valutare la persona assistita con assegnazione di codice colore di priorità e individuazione di percorsi assistenziali;
- 1.1.3.4 Rivalutare le persone assistite con frequenza temporale adeguata ai livelli di priorità e alle condizioni cliniche, gestendo l'attesa dei familiari;
- 1.1.3.5 Garantire la corretta gestione dei casi difficili in attesa con particolare riguardo a quelli in allontanamento spontaneo;
- 1.1.3.6 Individuare le priorità vitali immediate anche di fronte alla contemporaneità di molteplici richieste;
- 1.1.3.7 Applicare i concetti di priorità psico-sociale;
- 1.1.3.8 Adattare i piani e i programmi in base alle nuove priorità.

1.1.4 **Garantire l'intervento assistenziale nel contesto del DEA;**

1.1.2 **Garantire l'intervento nel contesto Extraospedaliero;**

- 1.1.2.1 Valutare la richiesta di soccorso;
- 1.1.2.2 Gestire le tecnologie e i sistemi informativi nelle centrali operative;
- 1.1.2.3 Garantire la selezione della strategia di intervento più efficace;
- 1.1.2.4 Identificare i problemi prioritari sottesi alla richiesta urgente;
- 1.1.2.5 Assicurare il corretto utilizzo della tecnologia per la gestione della chiamata;
- 1.1.2.6 Assicurare la corretta trasmissione dell'allarme agli equipaggi sul territorio;
- 1.1.2.7 Assicurare appropriate informazioni e istruzioni al chiamante.

1.1.3 **Garantire la presa in carico del paziente attraverso il Triage Ospedaliero;**

- 1.1.3.1 Applicare gli algoritmi decisionali di triage;

- 1.1.4.1 Trattare la casistica minore secondo protocolli condivisi;
- 1.1.4.2 Gestire il rischio infettivo nella persona assistita in trattamento;
- 1.1.4.3 Utilizzare l'ecografia e altri strumenti di diagnostica semplice a sostegno dell'attività assistenziale;
- 1.1.4.4 Assicurare l'attuazione di protocolli terapeutici condivisi nell'ambito del dolore acuto e del dolore cronico;
- 1.1.4.5 Controllare l'adeguatezza del funzionamento e il corretto utilizzo delle apparecchiature;
- 1.1.4.6 Garantire l'assistenza alla persona assistita con disturbi comportamentali;
- 1.1.4.7 Gestire le tecnologie per il supporto delle funzioni vitali, nelle interazioni complesse persona assistita-macchina e nella risoluzione di problemi tecnici complessi;
- 1.1.4.8 Gestire le tecnologie per la valutazione e il monitoraggio delle funzioni vitali, nei rilievi strumentali complessi e nella risoluzione di problemi tecnici complessi.



1.1.5 Garantire l'assistenza in età pediatrica in Emergenza-Urgenza;

- 1.1.5.1 Applicare gli algoritmi di triage;
- 1.1.5.2 Attuare le manovre di BLS pediatrico;
- 1.1.5.3 Trattare la casistica minore in età pediatrica secondo protocolli condivisi;
- 1.1.5.4 Garantire la sicurezza del bambino nel trasporto primario e secondario.

1.1.6 Garantire l'intervento nelle Maxiemergenze;

- 1.1.6.1 Affrontare le situazioni di emergenza e urgenza che pongono più persone in condizioni critiche;
- 1.1.6.2 Applicare i principi di Triage nelle maxiemergenze;
- 1.1.6.3 Assicurare il corretto funzionamento del posto medico avanzato;
- 1.1.6.4 Gestire gli eventi NBCR;
- 1.1.6.5 Descrivere il piano di maxiemergenza del proprio territorio;
- 1.1.6.6 Descrivere le misure da adottare per la decontaminazione, la derattizzazione e la disinfezione;
- 1.1.6.7 Informare la popolazione sui piani di intervento.

1.2 Terapia intensiva

1.2.1 Gestire i percorsi assistenziali in terapia intensiva;

- 1.2.1.1 Pianificare le attività infermieristiche complessive della terapia intensiva in integrazione con altri professionisti;
- 1.2.1.2 Gestire i sistemi informativi sui percorsi assistenziali;
- 1.2.1.3 Gestire le tecnologie per la valutazione e il monitoraggio delle funzioni vitali;
- 1.2.1.4 Gestire problemi complessi clinici, relazionali ed organizzativi nel processo di donazione degli organi in ottica multiprofessionale;
- 1.2.1.4 Mantenere i livelli di sicurezza adeguati alla criticità clinico-assistenziale delle persone assistite nel trasporto intra e interospedaliero.

1.2.2 Gestire il trattamento sulla base di valori di monitoraggio e la terapia intensiva in un'ottica multiprofessionale;

- 1.2.2.1 Gestire lo svezzamento da ventilazione meccanica, in ottica multidisciplinare;
- 1.2.2.2 Collaborare nella gestione dell'emergenza-urgenza in equipe multiprofessionale nei contesti di terapia intensiva ed intraospedalieri;
- 1.2.2.3 Gestire problemi complessi derivanti dalle tecnologie per la somministrazione delle terapie;
- 1.2.2.4 Collaborare all'attività di sorveglianza e farmaco-vigilanza nelle condizioni croniche identificando gli eventuali segnali di destabilizzazione specifici per ogni patologia;
- 1.2.2.5 Favorire l'applicazione delle raccomandazioni di buone pratiche nella gestione complessiva della persona assistita;
- 1.2.2.6 Gestire i problemi complessi correlati alle lesioni cutanee e woundcare in terapia intensiva;
- 1.2.2.7 Collaborare alla gestione del processo di prevenzione, programmazione diagnostica e di intervento per il rischio infettivo nella persona assistita in alta intensità di cura.

1.2.3 Gestire l'educazione e la relazione;

- 1.2.3.1 Partecipare alla pianificazione di interventi relazionali multidisciplinari;
- 1.2.3.2 Educare i caregivers;
- 1.2.3.3 Gestire la pianificazione di servizi in ottica multidisciplinare con individuazione di criteri ammissione e dimissione ai diversi livelli di intensità di cura;
- 1.2.3.4 Gestire in ottica multidisciplinare i servizi di follow up post intensivo delle persone assistite, anche nel lungo tempo dopo la dimissione al domicilio.



Infermiere area chirurgica

1 Competenze tecnico professionali

la loro partecipazione consapevole al piano assistenziale.

1.1 Assistenza in area chirurgica

1.1.1 Gestire percorsi perioperatori - preospedalizzazione;

- 1.1.1.1 Garantire l'attivazione del percorso pre-chirurgico del paziente;
- 1.1.1.2 Effettuare sulla base dei protocolli clinico-assistenziali e scale di valutazione condivise, osservazioni, interviste e accertamenti finalizzati alla valutazione del rischio perioperatorio;
- 1.1.1.3 Coordinare il percorso di preparazione diagnostico e specialistico all'intervento chirurgico;
- 1.1.1.4 Collaborare con l'equipe multiprofessionale alla valutazione del rischio perioperatorio;
- 1.1.1.5 Supportare la persona assistita e il familiare alla consapevolezza del rischio chirurgico e anestesiológico favorendo la partecipazione al piano assistenziale.

1.1.2 Gestire l'assistenza in degenza;

- 1.1.2.1 Attivare i percorsi della persona assistita sottoposta a procedura chirurgica complessa che richiede un livello di monitoraggio avanzato, per il quale non ci sono indicazioni al ricovero presso la Terapia Intensiva;
- 1.1.2.2 Collaborare con l'equipe multiprofessionale alla definizione del livello di monitoraggio della persona assistita sottoposta a procedura chirurgica complessa nella fase pre e post operatoria;
- 1.1.2.3 Pianificare l'assistenza alla persona assistita con alta/complessa dipendenza in base a protocolli condivisi;
- 1.1.2.4 Collaborare con l'equipe multiprofessionale per l'accettazione della persona assistita;
- 1.1.2.5 Pianificare gli interventi per la riduzione delle complicanze della fase post-operatoria;
- 1.1.2.6 Supportare la persona assistita e la famiglia per garantire

1.1.3 Gestire l'assistenza negli ambulatori di follow up;

- 1.1.3.1 Garantire la continuità al percorso post-chirurgico della persona assistita;
- 1.1.3.2 Garantire l'appropriatezza e uniformità di trattamento per lesioni cutanee post-chirurgiche e traumatiche;
- 1.1.3.3 Eseguire l'accertamento della persona assistita;
- 1.1.3.4 Valutare gli esiti delle lesioni post-chirurgiche e post traumatiche;
- 1.1.3.5 Eseguire la sutura di ferite sulla base di protocolli condivisi;
- 1.1.3.6 Collaborare con l'equipe multiprofessionale nel monitoraggio del processo di guarigione della lesione cutanea di natura traumatica e post-chirurgica;
- 1.1.3.7 Individuare precocemente l'insorgenza di complicanze;
- 1.1.3.8 Attivare la consulenza di specialisti;
- 1.1.3.9 Effettuare medicazioni sulla base di protocolli clinico-assistenziali condivisi.

1.1.4 Gestire l'assistenza in sala operatoria;

- 1.1.4.1 Organizzare la sala operatoria, risorse tecnologiche e strumentali, in base all'intervento e ai tempi chirurgici;
- 1.1.4.2 Realizzare schemi organizzativi innovativi per la gestione delle attività in sala operatoria;
- 1.1.4.3 Gestire referti, dati, immagini e video durante e dopo l'intervento;
- 1.1.4.4 Collaborare con l'equipe multiprofessionale alla gestione della modulistica, refertazione, raccolta e analisi dei dati;
- 1.1.4.5 Gestire il posizionamento e la mobilitazione della persona assistita sul tavolo operatorio;
- 1.1.4.6 Gestire la terapia su protocolli concordati;
- 1.1.4.7 Collaborare nella gestione di



- strumenti e farmaci nell'anestesia (sedazione, analgesia e mio risoluzione);
- 1.1.4.8 Organizzare l'emorecupero intra e postoperatorio;
- 1.1.4.9 Gestire le fasi di contesto di

- 1.1.4.10 Gestire la fase di risveglio con rischio anestesiológico.

Infermiere area pediatrica

15

1 Competenze tecnico professionali

1.1 Area pediatrica

1.1.1 Gestire percorsi di assistenza per bambini affetti da patologia oncologica;

- 1.1.1.1 Garantire la presa in carico della famiglia e del bambino con diagnosi o sospetta diagnosi di malattia oncologica;
- 1.1.1.2 Assumere il ruolo di infermiere di riferimento per la famiglia e il bambino nel percorso diagnostico e terapeutico;
- 1.1.1.3 Collaborare con il team assistenziale per fornire supporto al bambino ed ai familiari nella scelta dei protocolli terapeutici;
- 1.1.1.4 Supervisionare in collaborazione con la famiglia la corretta applicazione dei protocolli diagnostico - terapeutici;
- 1.1.1.5 Pianificare in collaborazione con la famiglia l'implementazione e il monitoraggio di interventi per la rilevazione precoce dei sintomi;
- 1.1.1.6 Valutare con il bambino e la famiglia l'impatto della malattia e della terapia sulle attività di vita quotidiana;
- 1.1.1.7 Intervenire per ridurre gli effetti negativi della terapia oncologica avvalendosi quando necessario dell'aiuto di consulenti e dell'attività delle associazioni;
- 1.1.1.8 Valutare il dolore utilizzando idonee scale di valutazione;
- 1.1.1.9 Guidare la famiglia e il bambino in collaborazione con il team nella scelta dei metodi per il controllo del dolore sia in ambito farmacológico che non;
- 1.1.1.10 Pianificare la dimissione del bambino;

- 1.1.1.11 Garantire l'attivazione dei percorsi per una domiciliazione protetta;
- 1.1.1.12 Gestire la terapia sulla base di protocolli concordati.

1.1.2 Gestire percorsi di assistenza per il neonato ad alta intensità di cura;

- 1.1.2.1 Pianificare il percorso assistenziale del neonato/bambino sottoposto ad assistenza pre-post chirurgica e/o con assistenza ventilatoria;
- 1.1.2.2 Partecipare agli incontri con la famiglia e gli altri membri dell'equipe nella fase pre-parto del neonato a rischio;
- 1.1.2.3 Valutare i bisogni assistenziali del neonato e la rete familiare, per rilevare la necessità di supporto emotivo, psicológico e sociale;
- 1.1.2.4 Collaborare con altri membri dell'equipe alla definizione del piano clinico assistenziale del neonato con patologia chirurgica e con assistenza ventilatoria avanzata;
- 1.1.2.5 Pianificare la gestione dei sistemi di monitoraggio e gli interventi legati all'assistenza ventilatoria avanzata sulla base di protocolli condivisi;
- 1.1.2.6 Supervisionare la gestione dei sistemi di monitoraggio;
- 1.1.2.7 Collaborare con l'equipe assistenziale alla pianificazione del percorso post-operatorio del neonato critico;
- 1.1.2.8 Valutare il livello di stress e di adattamento del neonato e dei familiari con metodologie validate (NIDCAP);
- 1.1.2.9 Garantire la continuità assistenziale attraverso la predisposizione di percorsi di trasferimento o dimissione protetti.



1.1.3 Gestire percorsi di assistenza del bambino con malattia cronica;

- 1.1.3.1 Assicurare la guida, il supporto e l'educazione/counseling al bambino affetto da malattia cronica e ai familiari;
- 1.1.3.2 Garantire la presa in carico della famiglia e del bambino al primo accesso in DH - in continuità con le cure territoriali;
- 1.1.3.3 Assumere il ruolo d'infermiere di riferimento per la famiglia e

il bambino nel percorso diagnostico e terapeutico in integrazione con l'equipe multiprofessionale;

- 1.1.3.4 Supportare il bambino e la famiglia a gestire l'impatto della malattia sullo stile di vita tenendo conto dell'appartenenza multiculturale dell'utenza;
- 1.1.3.5 Supervisionare la corretta applicazione dei protocolli diagnostici e terapeutici condivisi.

Infermiere area salute mentale e dipendenze

1 Competenze tecnico professionali

1.1 Salute mentale

1.1.1 Effettuare la diagnosi infermieristica;

- 1.1.1.1 Instaurare una relazione di aiuto con la persona assistita/famiglia per supportare la presa di coscienza dello stato di salute;
- 1.1.1.2 Valutare la consapevolezza e la necessità di sostegno nell'impatto con la malattia e il trattamento
- 1.1.1.3 Utilizzare strumenti di valutazione;
- 1.1.1.4 Condurre colloqui/interviste con la persona assistita e i familiari
- 1.1.1.5 Valutare la priorità per l'intervento medico in presenza di protocolli codificati;
- 1.1.1.6 Gestire, tramite protocolli condivisi anche farmacologici, segni/sintomi che espongono la persona assistita a pericoli immediati;
- 1.1.1.7 Definire il progetto individualizzato di cura sia terapeutico che socio-riabilitativo nell'ambito dell'equipe multiprofessionale;
- 1.1.1.8 Valutare capacità ed abilità attuali e potenziali della persona assistita;

1.1.1.9 Far emergere nella persona assistita elementi utili alla crescita personale (relazione terapeutica) facilitando la verbalizzazione di sensazioni relative alla patologia;

- 1.1.1.10 Scegliere l'approccio adeguato alla persona assistita in base alle caratteristiche cliniche e personologiche;
- 1.1.1.11 Attuare interventi di educazione sanitaria e promozione della salute;
- 1.1.1.12 Gestire la terapia su protocolli concordati.

1.1.2 Gestire la terapia;

- 1.1.2.1 Sviluppare la coesione del gruppo professionale nella gestione della persona assistita;
- 1.1.2.2 Collaborare nell'attuazione di trattamenti psico-socio terapeutici individuali o di gruppo;
- 1.1.2.3 Collaborare nella conduzione di progetti di riabilitazione a domicilio o in comunità e nello sviluppo di gruppi di auto-mutuo aiuto;
- 1.1.2.4 Favorire l'alleanza terapeutica e la compliance farmacologica;
- 1.1.2.5 Monitorare le condizioni cliniche;



- 1.1.2.6 Coordinare i vari interventi socio-sanitari nella gestione della presa in carico della persona assistita secondo protocolli condivisi;
 - 1.1.2.7 Individuare criteri e modalità per l'attivazione di altri professionisti e di mediatori culturali;
 - 1.1.2.8 Educare il contesto sociale di riferimento della persona assistita;
 - 1.1.2.9 Utilizzare strategie volte al superamento degli ostacoli all'apprendimento di comportamenti adattivi;
 - 1.1.2.10 Decodificare l'intervento rispetto alla richiesta sociale o istituzionale;
 - 1.1.2.11 Valutare le fasi del reinserimento lavorativo e sociale delle persone con disagio psichico in collaborazione con altri profili;
- 1.2 Dipendenze patologiche**
- 1.2.1 Gestire l'assistenza nell'ambito delle dipendenze patologiche;**
- 1.2.1.1 Rilevare l'anamnesi tossicologica;
 - 1.2.1.2 Valutare sintomi astinenziali;
 - 1.2.1.3 Utilizzare tecniche di counseling;
 - 1.2.1.4 Effettuare screening su psicopatologia utilizzando scale strutturate.
- 1.2.2 Effettuare monitoraggio;**
- 1.2.2.1 Effettuare accertamenti sull'uso di sostanze;
 - 1.2.2.2 Gestire affidi di terapie sostitutive;
 - 1.2.2.3 Proporre accertamenti sullo stato di salute.

Competenze tecnico professionali trasversali

1 Competenze tecnico professionali

1.1 Gestione

1.1.1 Pianificare il lavoro;

- 1.1.1.1 Individuare gli obiettivi di salute in relazione alle risorse disponibili in collaborazione con altri profili;
- 1.1.1.2 Analizzare criticamente gli aspetti etici legati al proprio profilo;
- 1.1.1.3 Condurre il gruppo di lavoro;
- 1.1.1.4 Coordinare l'operato di più professionisti;
- 1.1.1.5 Partecipare al processo di technology assessment;
- 1.1.1.6 Gestire le apparecchiature elettromedicali e videoscopiche in termini di appropriatezza e sicurezza;
- 1.1.1.7 Promuovere la reingegnerizzazione dei processi.

1.1.2 Analizzare il contesto socio-sanitario;

- 1.1.2.1 Individuare i principali modelli sanitari;
- 1.1.2.2 Analizzare i processi di cambiamento istituzionale e organizzativo del SSN PSSIR PAL.

1.2 Formazione

1.2.1 Sviluppare percorsi formativi nel gruppo di lavoro;

- 1.2.1.1 Rilevare il gap formativo del proprio gruppo di lavoro;
- 1.2.1.2 Elaborare un progetto formativo;
- 1.2.1.3 Condurre l'incontro formativo;
- 1.2.1.4 Facilitare l'apprendimento dei discenti tramite sistemi innovativi;
- 1.2.1.5 Valutare l'efficacia della formazione a livello organizzativo in collaborazione con il formatore.



1.2.2 Gestire l'ambito di apprendimento;

- 1.2.2.1 Progettare percorsi di tirocinio in collaborazione con il formatore;
- 1.2.2.2 Valutare percorsi di tirocinio in collaborazione con il formatore
- 1.2.2.3 Effettuare tutorato clinico a studenti del proprio profilo o di operatori di supporto;
- 1.2.2.4 Facilitare l'inserimento del personale di nuova assegnazione;
- 1.2.2.5 Facilitare l'applicazione delle competenze di contesto.

1.3 Qualità e sicurezza

1.3.1 Analizzare i percorsi per la qualità;

- 1.3.1.1 Identificare aree di miglioramento della qualità dell'assistenza;
- 1.3.1.2 Promuovere progetti di miglioramento;
- 1.3.1.3 Elaborare un progetto di miglioramento;
- 1.3.1.4 Utilizzare i sistemi informatici/informativi per la raccolta e analisi dei dati;
- 1.3.1.5 Definire standard e indicatori di efficacia e efficienza in termini di struttura processo ed esito;
- 1.3.1.6 Utilizzare gli indicatori di efficacia ed efficienza dei servizi sanitari;
- 1.3.1.7 Valutare il funzionamento dei servizi coinvolgendo la cittadinanza;
- 1.3.1.8 Implementare le buone pratiche.

1.3.2 Gestire il rischio clinico;

- 1.3.2.1 Gestire gli strumenti di analisi reattiva;
- 1.3.2.2 Gestire gli strumenti di analisi proattiva;
- 1.3.2.3 Elaborare la mappa del rischio nei contesti operativi di pertinenza;
- 1.3.2.4 Applicare strumenti e metodologie per la gestione del rischio clinico;
- 1.3.2.5 Gestire audit multidisciplinari;
- 1.3.2.6 Gestire il Mortality & Morbidity

Review come strumento di miglioramento per il raggiungimento di standard clinico-assistenziali attesi.

1.4 Ricerca applicata

1.4.1 Sviluppare Progetti di Ricerca;

- 1.4.1.1 Leggere i fenomeni e i bisogni di comunità;
- 1.4.1.2 Identificare specifici problemi e aree di ricerca e sviluppo;
- 1.4.1.3 Effettuare la ricerca bibliografica su specifici problemi e aree di interesse;
- 1.4.1.4 Redigere un protocollo di ricerca In collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare;
- 1.4.1.5 Effettuare studi epidemiologici in ambienti di vita e di lavoro In collaborazione con altri professionisti;
- 1.4.1.6 Verificare l'applicazione dei risultati delle ricerche per ottenere un miglioramento della qualità;
- 1.4.1.7 Divulgare i risultati delle ricerche all'equipe;
- 1.4.1.8 Redigere un report di ricerca secondo gli attuali canoni della letteratura scientifica;
- 1.4.1.9 Analizzare criticamente la letteratura scientifica secondaria, evidenziandone gli elementi di validità per l'applicazione dei risultati nella pratica clinica;
- 1.5.1.10 Produrre interventi clinico-assistenziali basati sulle indicazioni contenute in linee guida clinico-assistenziali.

1.5 Consulenza

1.5.1 Fornire il supporto tecnico in qualità di esperto;

- 1.5.1.1 Offrire consulenza su processo ad elevata complessità nei diversi contesti clinici;
- 1.5.1.2 Redigere un rapporto di consulenza;
- 1.5.1.3 Utilizzare tecniche di coaching.





Un ringraziamento al Direttore di Quotidiano Sanità, Dott. Cesare Fassari per l'ottimo servizio del suo giornale on-line e perché ci ha permesso di utilizzare ampi stralci degli aggiornamenti pubblicati sull'argomento nel sito (www.quotidianosanita.it)

Le prime reazioni e i principali commenti alla diffusione della bozza sulle "Competenze Infermieristiche"



In questa sezione abbiamo raccolto i commenti e le valutazioni espressi da diversi soggetti. Per dare ordine ai numerosi giudizi espressi fino a metà giugno li abbiamo ordinati considerando:

- a) Le altre professioni sanitarie (ordini, collegi e associazioni professionali non infermieristiche);
- b) Associazioni infermieristiche e Università;

- c) Organizzazioni sindacali;
- d) Altri commenti o giudizi espressi da singoli e/o personalità di spicco.

Abbiamo volutamente **ESCLUSO** i pareri espressi dalla Federazione e/o dai diversi Collegi IPASVI cui abbiamo riservato la terza parte di questo numero speciale.

Nota tecnica:

Ci scusiamo fin da ora se nel riportare i diversi pareri, nel necessario sforzo di sintesi, abbiamo in qualche modo ridotto il giudizio espresso. Non ce ne vogliano gli autori cui affidiamo in anticipo la nostra buona fede.

COSA DICONO LE ALTRE PROFESSIONI



AMEDEO BIANCO

Presidente Federazione nazionale ordine medici chirurghi e odontoiatri

"Niente mansionario, confronto tra le professioni" 20 APRILE 2012

"...si tratta di una proposta che affronta il problema in una "logica riduttiva e produttivistica", che mira a "ricostituire i processi clinico assistenziali ad una sequenza di atti e procedure tecnico professionali, nei quali i professionisti vengono assunti quali meri fattori produttivi"...

..."demansionamento di alcune attività e competenze del medico" che si risolve in un nuovo mansionario dell'infermiere...

..."Nessuna guerra tra professioni", ha detto Bianco nel suo intervento, ma piuttosto un maggiore confronto che consenta di accogliere i cambiamenti in atto. Un "conflitto ideologico", ha concluso, "ci vedrebbe tutti perdenti e darebbe forza a chi considera le professioni un problema"...

20

GIANCARLO PIZZA

(Omceo Bologna) 20 APRILE 2012

"Finalmente si fa chiarezza su profili e competenze" Il presidente dell'Ordine dei Medici di Bologna, che circa un anno fa aveva presentato un esposto contro le Regioni Emilia Romagna e Toscana per avere attribuito nuove funzioni agli infermieri, oggi plaude al documento del tavolo ministero-regioni sulla ridefinizione del profilo infermieristico. Era ora che si iniziasse una discussione seria e concreta su questo tema. Se una legge dello Stato ora stabilisce che gli infermieri possono compiere determinati atti medici mettendo mano al percorso formativo universitario, noi non abbiamo più niente da ridire. Si tratta di legge e di rispetto della legge.

Profili e rispetto dei profili. Responsabilità ed oneri ed onori di queste responsabilità"

..."Quello che chiedevano con quell'esposto - spiega Pizza a Quotidiano Sanità - era il rispetto della legge, e quindi che ogni profilo professionale compisse le mansioni che gli erano state attribuite per legge....si è fatto il tempo di "un'evoluzione culturale e comportamentale che permetta di raggiungere un accordo professionale..."

RICCARDO CASSI - CIMO

(Coordinamento italiano medici ospedalieri-associazione sindacale medici dirigenti) 20 APRILE 2012

"Su ridefinizione competenze I medici devono essere consultati" Per il presidente della Cimo, il documento anticipato ieri che ridefinisce le competenze degli infermieri "può portare ad invasioni di campo se non supportato da una chiara definizione delle competenze dei medici". Chiesta "rapida convocazione" da parte del Ministero e della Regioni ...un provvedimento sulle competenze infermieristiche, non preceduto o accompagnato da una definizione dell'atto medico, rischia di non risolvere i problemi e di crearne di nuovi, con effetti devastanti nell'attività quotidiana nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali".

Il documento del tavolo di lavoro ministero-Regioni, secondo Cassi, "elenca infatti dei punti la cui declinazione può portare ad invasioni di campo, se non supportata da una chiara definizione delle responsabilità di ciascuno e delle competenze dei medici, ai quali unicamente compete la diagnosi e la cura"...

COSTANTINO TROISE

(Segretario nazionale - ANAAO-ASSOMED Associazione medici dirigenti) 20 APRILE 2012

"No a invasioni di campo" Non vogliamo operazioni a senso unico, scrive il segretario degli ospedalieri. "Pur consapevoli della necessità di implementare le competenze della professione infermieristica, ci opporremo con ogni mezzo a provvedimenti di tipo puramente economicistico".

La crisi che attraversa il SSN e la necessità di definire i programmi e gli obiettivi del nuovo patto per la salute 2013-2015 richiedono un chiaro rapporto di ruoli e di responsabilità di tutti gli operatori che assicurano l'erogazione dei LEA. La gestione del percorso clinico assistenziale, la gestione del trattamento farmacologico e la esecuzione di procedure chirurgiche, la prescrizione di dispositivi medici e la utilizzazione di strumenti di diagnostica sono prerogative strettamente connesse alla diagnosi e cura proprie solo dell'atto medico, la cui frantumazione può provocare pericolose interferenze professionali e negative ricadute in termini di efficacia e sicurezza. Né può essere sottovalutato il pericolo di vedere nel processo clinico assistenziale finalizzato al benessere del malato solo una sommatoria di autonomie professionali in assenza della



individuazione di una figura cui ricondurre la responsabilità unitaria
 ...non può essere un'operazione a senso unico mirata ad erodere gli ambiti di autonomia professionale di medici e dirigenti sanitari contro i quali rischia di essere agitata come una clava". ..

GIUSEPPE MELE

Federazione Nazionale dei pediatri di libera scelta 20 APRILE 2012

"Bene maggiore responsabilità, ma atto medico resta centrale" La Federazione dei pediatri di libera scelta ha accolto con favore la proposta Ministero-Regioni ora all'esame delle professioni mediche e sanitarie. Sottolineando però la "priorità dell'atto medico, unico garante di una corretta anamnesi, diagnosi e terapia".
 "...la centralità dell'atto medico, che resta l'elemento fondante dell'intera medicina e assistenza sanitaria"...

MIRIAM GUANA

(Presidente Nazionale Federazione Nazionale Collegi Ostetriche) 20 aprile 2012



Più condivisione, questo chiede la presidente della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche Miriam Guana replicando all'articolo di Proia sulle professioni sanitarie. "Bene l'operatività del Tavolo Ministero-Regioni, ma ci sono perplessità circa il metodo e il crono programma adottati". La FNCO (Federazione Ostetriche) condivide senz'altro il progetto complessivo di ridefinizione, implementazione ed approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali di tutti i profili delle professioni sanitarie. In tal senso auspica che si renda finalmente giustizia dell'ormai ventennale evoluzione ordinamentale e formativa che ha coinvolto indistintamente tutte le professioni sanitarie che come da lei giustamente evidenziato sono rimasti in larga parte inattuati, nonostante vi siano sul territorio sperimentazioni positive di evoluzione delle competenze anche per il profilo professionale dell'ostetrica/o...

...sarebbe stato auspicabile avere prima un'informativa ufficiale circa l'istituzione di questo Tavolo Tecnico, la data d'insediamento, il contenuto e programma dei lavori, organismi partecipanti, ecc.

Riguardo alla cosiddetta "emergenza infermieristica" quale motivazione sottesa al crono programma seguito dal tavolo tecnico si ricorda anche l'emergenza del settore materno-infantile (eccessivo ricorso ai tagli cesarei - espressione di malpractice nel parto-nascita, inappropriata delle cure nel percorso fisiologico, ecc.) tale da richiedere nell'anno 2010 un Accordo Stato Regioni che riordinasse tutti i punti nascita e che prevedesse, tra l'altro, anche una formazione avanzata degli operatori coinvolti nel settore...

...un progetto di tale natura non può prescindere da una realizzazione congiunta, contemporanea e comparata con tutte le professioni sanitarie per le evidenti interconnessioni professionali e disciplinari degli operatori della salute. Appare rischioso e riduttivo realizzare tale progetto di enorme valenza per l'intero sistema salute raffrontando esclusivamente il ruolo dell'infermiere con il ruolo del medico, ciò risponde ad una vecchia logica delle attribuzioni di competenze e responsabilità piuttosto che ad una visione complessiva, appropriata, efficace ed efficiente del sistema sanitario orientato alla personalizzazione delle cure ed all'armonizzazione della salute individuale e collettiva...

ALESSANDRO BEUX

Presidente della Federazione Nazionale Collegi Professionali Tecnici Sanitari di Radiologia Medica

"Serve una visione 'di sistema' condivisa" Per il presidente della Federazione dei Tecnici di Radiologia Medica "sinora abbiamo prevalentemente assistito a posizioni di retroguardia, a volte corporative ed autoreferenziali". Ora "tra Ministero, Regioni e professioni serve una visione 'di sistema' condivisa, a favore del paziente" ...è un'iniziativa preziosa, lungimirante e coraggiosa (per certi aspetti, audace)...

... ha consentito l'istituzionalizzazione di un argomento che, da anni, era comunque oggetto di dibattito, nei luoghi di lavoro, all'interno e tra gli organismi di categoria...

... ha offerto a tutti i soggetti interessati la possibilità di ragionare su un documento comune...

...è un intervento a sostegno del miglioramento quali-quantitativo delle (nuove) risposte che il sistema sanitario è chiamato a garantire ai (nuovi) bisogni di salute, espressi e non, della popolazione che ad esso fa riferimento...

...possiamo assumere la possibilità (fattibilità) di un sistema sanitario che costa meno e risponde meglio, anche grazie alla valorizzazione delle professioni sanitarie...

ENRICO CAVALLI

Presidente A.I.Te.R.P.- Associazione Italiana Tecnici Riabilitazione Psichiatrica

..mi chiedo come e con quale formazione un collega infermiere, con cui già lavoriamo nei servizi, possa occuparsi, oltre alle competenze che ha già, anche di tutti questi altri aspetti della riabilitazione psichiatrica e psicosociale attualmente in buona parte di competenza del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica...



... fondamentale, per la cura e la riabilitazione di un paziente psichiatrico, la presa in carico da parte di un'equipe multidisciplinare che metta a disposizione competenze plurali, diversificate e soprattutto che si integrino tra loro. È evidente quindi che, rispetto all'integrazione degli interventi sui tre diversi livelli (bio-psico-sociale), l'infermiere fac-totum non potrà che risultare disfunzionale nel processo riabilitativo...
E perché sostengo che l'infermiere diventerà un tuttofare? La logica è prettamente economico-gestionale: di questi tempi le Aziende Sanitarie non cercano altro che appigli per risparmiare; potersi rivolgere ad un unico professionista flessibile, formalmente competente, che possa essere impiegato in base alle necessità aziendali mi sembra già un ottimo motivo per ritenere che nel medio-lungo periodo le altre figure che si occupano di riabilitazione psichiatrica tenderanno a scomparire lasciando al "fac-totum" tutte le responsabilità e competenze. In termini di qualità e professionalità degli interventi, dove stia l'utilità di una simile proposta di revisione ancora mi sfugge.

ANTONIO BORTONE

Presidente del Conaps (Coordinamento nazionale delle professioni sanitarie) 16 maggio 2012

"Siamo disponibili al dialogo ma vogliamo ampie modifiche".

Non può essere effettuato un ampliamento delle competenze infermieristiche senza una coerente correlazione con le competenze delle altre professioni. Es: il fatto che l'infermiere possa essere considerato una sorta di case manager nell'area critica e quindi in grado anche di prescrivere ausili, interferendo così con le competenze di altri coattori. Nessuno vuole il ruolo da protagonista, ma questi interventi sono effettuati da molti attori e le competenze dell'uno non devono interferire con le competenze dell'altro. Il rischio, altrimenti è di passare da una cultura medico-centrica a una cultura infermieristico-centrica

"Infermieri peraltro non coinvolti ufficialmente al tavolo ministeriale di cui continuano a non essere noti i criteri con cui sono coinvolte le professioni".

Un allarme, dal momento che al tavolo tecnico a breve saranno analizzate anche altri cinque profili sanitari, anche questi scelti senza conoscere il criterio di priorità: Fisioterapisti, Tecnici Audiometristi e Audioprotesisti, Tecnici sanitari di radiologia medica e Tecnici di laboratorio biomedico.

"Abbiamo visto con molta attenzione questo processo perché di fatto rappresenta un progetto, anzi una 'idea progettuale', coerente con il momento storico e con il panorama giuridico. Manca solo l'istituzione degli ordini professionali, ma questo non è oggi in discussione, anche se, volendo seguire l'esempio europeo, dovrebbe essere stato istituito da anni".

"forte dissintonia nei contenuti e soprattutto nella scelta metodologica, che ha tenuto all'oscuro le professioni. Per questo il prodotto finale era incoerente con l'idea d'origine. Qui abbiamo letto non sovrapposizione ma dissolvenza in una nuova figura 'totipotente'.

ASSOCIAZIONI INFERMIERISTICHE E UNIVERSITÀ



CONSOCIAZIONE NAZIONALE delle ASSOCIAZIONI INFERMIERE/I (CNAI)

Parere del 14 maggio 2012, Presidente CNAI - Cecilia Sironi

Parere Sovrapponibile a quello dei Colleghi del CDL per Infermieri dell'Università Insubria, sedi di Varese e Como

"sospendere il lavoro prodotto dal "tavolo" e iniziare un'approfondita riflessione che porti alla definizione di standard di qualità per la professione infermieristica in grado di esplicitare al cittadino la nostra competenza specifica. (...)

In estrema sintesi, non riteniamo si sentisse il bisogno di un documento così strutturato, non avendo mai dato pieno corso al profilo professionale sia in termini di funzioni e operatività (art. 1, commi 2 e 3) sia per lo sviluppo della "formazione post-base per la pratica specialistica" (art. 1, comma 5).

1. PARTIRE DALLE COMPETENZE DELL'INFERMIERE GENERALE

Parè ora opportuno che la Federazione nazionale dei Collegi, con l'ineliminabile contributo delle Associazioni infermieristiche esistenti in Italia, elabori degli standard per la professione infermieristica che esprimano le competenze dell'infermiere generale.

Questo fondamentale e prioritario lavoro sulle competenze dell'infermiere di assistenza generale deve necessariamente correlarsi:

- alla revisione del curriculum formativo della formazione di base e
- alla determinazione del fabbisogno di personale infermieristico qualificato nei servizi sanitari e assistenziali.



2. RAZIONALIZZARE LE FIGURE PROFESSIONALI ATTUALMENTE FORMATE IN UNIVERSITÀ (EX-FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA)

Urge ridefinire, razionalizzare e ridurre il numero di professioni sanitarie per ottimizzare le risorse ed evitare la sovrapposizione di funzioni e attività.

... non pare opportuno mantenere la separazione del triennio di laurea per infermiere pediatrico. La figura dell'infermiere pediatrico è importantissima, ma come formazione post-laurea (come da DM 739/94).

Nell'ottica della razionalizzazione e del miglior impiego delle risorse non pare inoltre utile mantenere separata la figura professionale dell'assistente sanitario. L'esperienza maturata da questi professionisti, storicamente nati dalle "infermiere professionali", può essere debitamente valorizzata in una distinta formazione complementare (infermiere di comunità o infermiere di sanità pubblica).

In gran parte dei paesi europei si sono resi conto che tre anni accademici non bastano per garantire la solida formazione di base necessaria a un infermiere di assistenza generale. Per questo CNAI propone un percorso universitario con l'acquisizione di un primo livello di "specializzazione" con un quarto anno finalizzato all'inserimento lavorativo negli ambiti ostetrico, pediatrico e della salute pubblica.

Un'altra ipotesi da dibattere potrebbe essere la previsione di un infermiere di assistenza generale formato fuori dall'Università con indirizzo più pratico e le 4.600 ore come da accordo europeo.

Entrambi i percorsi formativi - che si concluderanno o con la discussione di una tesi di laurea o con prove scritte, orali e pratiche con commissione ministeriale -, faranno accedere gli infermieri ad una comune abilitazione all'esercizio della professione di infermiere di assistenza generale.

3. ALCUNE CONSIDERAZIONI SULLA LAUREA MAGISTRALE PER GLI INFERMIERI E LE OSTETRICHE

Per quanto riguarda il percorso di laurea magistrale che, così com'è oggi, è certamente obsoleto, la proposta è di prevedere un primo anno, quello fondante, comune a tutti gli indirizzi di laurea magistrale, sviluppati nel secondo anno, che dovrebbero essere:

- 1 Management delle professioni infermieristiche e ostetriche
- 2 Scienze dell'educazione per le professioni infermieristiche e ostetriche
- 3 Assistenza infermieristica avanzata*
- 4 Ricerca per le professioni infermieristiche e ostetriche

L'indirizzo di laurea magistrale denominato Assistenza infermieristica avanzata, a differenza dei corsi di specializzazione nelle aree previste dal DM n. 739/74 e citate nel punto 2., è quello che in altri Paesi consente di assumere i ruoli di Nurse Practitioner che, operando anche in modo autonomo sul territorio, ha facoltà di prescrizione.

4. CONDIVIDERE LA REVISIONE CON I PRINCIPALI STAKEHOLDER INTERESSATI

Il lavoro, approfondito ed elaborato in tempi ragionevoli, dovrà poi essere condiviso sia all'interno della professione infermieristica che con gli stakeholder più significativi: altri professionisti sanitari, associazioni di cittadini e consumatori, associazioni di malati ecc.



POSIZIONE DEGLI INFERMIERI DI AREA CRITICA

Aniarti - 10 giugno 2012,
Presidente ANIARTI - Fabrizio Moggia

- il "Documento" non espone chiaramente una sua finalità.
- la figura di infermiere che risulta ed a cui viene fatto riferimento, è sostanzialmente esecutiva, pur con l'attribuzione di alcune abilità e responsabilità personali particolari, ma che non possono essere considerate caratterizzanti la professionalità.

La visione che sostiene l'intero documento pare recuperare una logica mansionariale, in contrasto con le norme che finora hanno regolato la professione infermieristica e che vanno attuate completamente.

Nel documento si pone l'accento prevalentemente sulle attività esecutive dell'infermiere, su quelle legate alle procedure, alle tecnologie e ad alcuni degli aspetti organizzativi, mentre vengono sottovalutati, se non esclusi da considerazioni significative, alcuni aspetti scientifico disciplinari, giuridici e relazionali.

L'Aniarti ritiene che è necessaria ed urgente la definizione su base perlomeno nazionale, di un infermiere specialista clinico, che sia reso capace di fornire risposte assistenziali avanzate alle persone malate e che sia in grado di interagire in contesti complessi con gli altri professionisti, le organizzazioni e le istituzioni. Il percorso formativo specifico deve rispondere a queste esigenze.

Le specializzazioni dell'infermiere devono avvenire nell'Università mentre a livello regionale e/o locale possono essere tenuti solo i singoli percorsi atti a gestire aspetti specifici dell'esercizio professionale, che non toccano il core della professione, ma intervengono esclusivamente sugli aspetti applicativi legati all'evoluzione di singole tecniche, metodologie ed organizzazioni. Si ritiene inoltre, non secondario sottolineare l'importanza di mantenere l'espressione "area critica" nella definizione dell'infermiere specialista che si occupa dell'assistenza al malato in situazione di criticità vitale in atto o potenziale ed in qualunque contesto.



MARINA NEGRI

Associazione Medicina e Persona – sez. Infermieri

INFERMIERE: PROFESSIONISTA O TECNICO?

Il giudizio sintetico che se ne può dare ad una prima valutazione è: un nuovo mansionario, riduttivo rispetto alle competenze attuali dell'infermiere.

Alcuni spunti di riflessione:

- il documento non coglie la vera responsabilità dell'infermiere, che è quella di rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica delle persone assistite.
- il documento elenca atti tecnici che sono tuttora già consentiti all'infermiere, senza nulla aggiungere in merito. Ad esempio: cosa vieta ad un infermiere (che abbia ricevuto formazione tecnica specifica) di utilizzare l'ecografia per reperire un vaso per una venipuntura oppure per accertare un globo vescicale e quindi DECIDERE di posizionare un catetere vescicale? Altro è fare una ecografia a scopo diagnostico o terapeutico che è, e rimane, una competenza del medico.
- la generica espressione di alcune "competenze tecnico professionali" descritte negli allegati rischia di attivare una spirale di interpretazioni e necessità di chiarimenti potenzialmente infiniti.
- sarebbe interessante capire se si intenda modificare il Profilo professionale dell'infermiere
- quali sono i bisogni di assistenza infermieristica della popolazione che renderebbero necessario un cambiamento delle competenze dell'infermiere?

Sebbene sia un rilievo marginale, forse può risultare illuminante la definizione di "paramedici" utilizzata in alcuni commenti. Ogni volta che si parla di paramedici vien da pensare a parapioggia, paraurti, paracolpi; non si può credere che si ritenga che gli infermieri debbano riparare (i pazienti) dai medici. Cosa si intende dunque?

Ciò che manca alla proposta è propriamente l'essenza dell'assistenza infermieristica: stare presso il malato (o la persona sana) con tutta la competenza specifica e con la consapevolezza che dalla presenza dell'infermiere le persone assistite si aspettano un sostegno, una compagnia in un momento difficile della propria vita. Davvero il documento rischia di rappresentare una deriva tecnica mortificante.

D'altra parte esso pone a tema una questione importante e che è "sospesa" da troppi anni: la regolamentazione della formazione specialistica dell'infermiere. È una questione molto complessa, sulla quale già esistono contraddizioni legislative. Volendo sviluppare un lavoro in tal senso si potrebbe proporre che i documenti allegati alla bozza - con opportune integrazioni e correzioni - possano diventare il punto di partenza per la elaborazione di linee guida per la formazione post base.

FILIPPO FESTINI

Presidente della Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche

Professore Associato di Scienze Infermieristiche, Università di Firenze 20 aprile 2012

Contrario all'accorpamento infermiere e infermiere pediatrico.

"Ministero e Regioni chiariscano la loro posizione sugli infermieri pediatrici"

...ambiguità che rende sostanzialmente poco chiaro il disegno complessivo e solleva numerosi dubbi ed interrogativi...

...tale figura è completamente ignorata e in cui sembra emergere un tentativo di "sostituirla" con una non meglio definita figura di "Infermiere di area pediatrica"...

... La Sisip, in modo molto chiaro e netto, ribadisce a nome degli Infermieri Pediatrici la netta contrarietà a qualsiasi ipotesi di abolizione della figura professionale di Infermiere Pediatrico, la cui necessità ed utilità non è mai stata messa in discussione da nessuno degli "stake holders", in particolare i Pediatri stessi che tramite le loro due principali associazioni scientifiche, la Sip e la Acp, hanno più volte sottolineato l'importanza del mantenimento di questa distinta figura professionale con formazione di base propria...

ERMELLINA ZANETTI

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

NICOLETTA NICOLETTI

Coordinatore sezione nursing Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

Infermieri. Prima occorre riorganizzare il sistema e definire gli out-come

Il documento riassume le ragioni di un cambiamento non più rinviabile a partire dalla considerazione che "stiamo assistendo a un'evoluzione delle componenti organizzative e assistenziali conseguenti all'oggettivo manifestarsi di alcuni fenomeni, legati in particolare all'aumento dell'età media, della popolazione con fragilità e malattie cronico degenerative...". La trasformazione, necessaria per rispondere ai bisogni di questa fascia di popolazione, rispettando criteri di sostenibilità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza e consenso, include anche un ampliamento delle competenze degli infermieri. Ma ciò non basta. Riferendoci in particolare all'allegato che propone le competenze dell'infermiere nell'area delle cure primarie, ritenia-



mo che per agire e finalizzare nuove e consolidate competenze sia necessario intervenire su due aspetti che rappresentano altrettante condizioni propedeutiche e irrinunciabili:

1. La riorganizzazione delle cure primarie
2. La definizione degli out come

...nel nostro paese l'organizzazione delle cure primarie richiede un cambiamento culturale (che non ritroviamo nel recente documento del tavolo tecnico ministeriale dedicato a "Cure primarie e integrazione ospedale-territorio"): il passaggio da una medicina d'attesa (curo e mi prendo cura di coloro che hanno già una malattia o un problema sanitario e si rivolgono ai servizi, con grande enfasi sul ruolo dell'ospedale) a una medicina di iniziativa, come proposto nel modello della PHC, (intercetto coloro che sono a rischio di sviluppare malattie o problemi di salute) con un forte investimento di risorse e nuove progettualità sul territorio e una ridefinizione dell'attuale organizzazione della medicina di base.

...Anche noi, come i colleghi inglesi, riteniamo che lo sviluppo della nostra professione non risieda nell'acquisire competenze "altrui", ma nella valorizzazione delle competenze assistenziali che ci appartengono e che possono trovare piena attuazione in modelli organizzativi meno medico-centrici, che valorizzano la presa in carico della persona fragile, affetta da patologie croniche con maggiori possibilità di garantire risposte ai bisogni attraverso la continuità delle cure e dell'assistenza.

...Spostare l'attenzione dalle competenze ai risultati potrebbe essere un'operazione utile a favorire il confronto fra professioni certamente diverse ma chiamate con pari dignità a contribuire "con un pensiero forte" alla cura e assistenza delle persone più fragili.

MOZIONE n. 4 del 19 maggio Conferenza Permanente delle Classi di Laurea e delle Lauree Magistrali delle Professioni Sanitarie
Presidente Luigi Frati; Segretario Alvisa Palese

Preso atto della bozza di proposta di accordo Stato-Regione sulla 'Ridefinizione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico'.

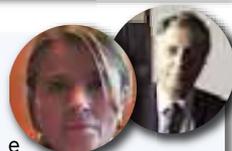
Rilevato che tale documento indica, all'art. 3, quanto di seguito fedelmente riportato (Formazione)

"Nell'ambito di quanto stabilito all'art. 1 è prevista una formazione complementare modulare, post laurea, sulla base di programmi definiti tra Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome da svolgersi nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.

Con successivo provvedimento del Ministero dell'Università e della ricerca scientifica d'intesa con il Ministero della Salute, d'intesa con le Regioni e Province Autonome, saranno rivalutati i piani di studio della Laurea in Infermieristica, della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed ostetriche e dei Master Universitari di I e II livello." Osservato che nell'ambito del Processo di Bologna (1999) e dei successivi documenti di implementazione ed indirizzo, sforzo comune dei Paesi firmatari tra cui l'Italia è individuare un'area omogenea di alta formazione collocata in ambito universitario in cui sono identificati due cicli: il primo livello della laurea triennale (180 CFU/ECTS) ed il secondo livello identificabile nella Laurea Magistrale (120 CFU/ECTS), Osservato altresì che l'avanzamento delle competenze di qualsiasi professionista ha bisogno di un percorso di formazione universitario basato su ordinamenti didattici accreditati e certificanti la preparazione quando esprimono un avanzamento della responsabilità decisionale, Rilevato invece che lo sviluppo di abilità tecnico-operative può essere realizzato attraverso percorsi di formazione sul campo, addestramento, istruttivi, da gestire in sede regionale e locale in base alle esigenze contestualizzate.

APPROVA ALL'UNANIMITÀ LA SEGUENTE MOZIONE

Di affermare che la formazione avanzata delle professioni sanitarie deve rimanere in ambito universitario e con le articolazioni formative previste dagli accordi internazionali sottoscritti anche dall'Italia.



Università Vita-Salute San Raffaele – CDL Infermieristica,
D.F. Manara, E. Galli, D. Moranda, E. Marzo, M. Secchi, G. Villa

I punti di forza di questo documento sono:

- la spinta a cercare una migliore sinergia tra SSN-R e Formazione Universitaria la quale deve, attraverso i piani studio, rispondere alle esigenze organizzative;
- la spinta a cercare soluzioni per promuovere la specializzazione (e non la professionalizzazione) della professione infermieristica in risposta alle necessità di utenza e di contesto organizzativo;
- la definizione di alcune competenze a completamento della formazione di base e il riconoscimento di come ci sia necessità di valorizzare la figura dell'esperto all'interno di un processo assistenziale complesso
- la volontà di entrare in merito ai contenuti legati a ciò che ci si aspetta debbano essere le differenziazioni di specialità e competenza all'interno della professione cercando di inserire e specificare quegli ambi-



ti ampliamento del campo di azione infermieristico (prescrizione, diagnostica etc) che dovrebbero tuttavia essere inseriti in una logica più ampia.

Le criticità di questo documento possono essere così riassunte:

- Criticità a livello di interpretazione normativa, in cui viene dato spazio a campi di azione formativa paralleli a quello universitario;
- Criticità a livello di interpretazione concettuale della professione infermieristica;
- Criticità a livello di declinazione di competenze descritte in modo isolato, non contestualizzate nell'ambito professionale, che sembrano rispondere più alle esigenze di differenziazione del campo di agire dell'infermiere rispetto al medico, più che descrivere lo spazio di riconoscimento reale delle competenze infermieristiche avanzate, con il rischio, espresso anche dalla Federazione Nazionale dei Coleggi IPASVI, di ingessare fortemente la professione anziché "porre le basi per una nuova autonomia e responsabilità professionale" come dichiarato dal documento;
- Rischio di ridurre la riflessione alla base dell'agire dell'infermiere attraverso un livello eccessivo di dettaglio delle competenze, soprattutto con grande propensione alla tecnicità (quindi più vicine ad un elenco di attività che all'agire in situazione);
- in molte competenze descritte compare la frase "...sulla base di protocolli condivisi". L'applicazione di protocolli condivisi risulta un metodo efficace di standardizzazione delle procedure e permette di mettere in atto degli interventi sulla base di schemi pre-impastati e rigidi che limitano l'assunzione di responsabilità diretta e la capacità di decision making e, di conseguenza, la personalizzazione delle cure. I protocolli vengono già utilizzati nelle U.O. e l'utilizzo di tale strumento non risulta quindi un ampliamento delle competenze dell'infermiere, quanto piuttosto l'ulteriore delimitazione del suo campo d'azione
- Alcune aree di competenza semplicemente elencano competenze già agite dall'infermiere, e allenate e consolidate con la pratica clinica a conclusione del percorso di 1 livello;
- Forte rischio di tornare ad una logica mansueta limitando il ragionamento e l'assunzione di responsabilità in situazione non normative;
- Rischio di eccessiva specializzazione sulla singola competenza (o meglio abilità tecnica) piuttosto che su un processo di cura ed assistenza al malato;
- Criticità a livello di interpretazioni diverse da Regione a Regione e tra Regione e Università di tali competenze con il rischio di rispondere più a mandati politici o spinte di lobby locali piuttosto che allo sviluppo professionale a livello nazionale con il rischio di ottenere come risultato ulteriore frammentazione nelle competenze, capacità e campo di azione degli infermieri sul suolo nazionale.

PROPOSTE:

- Rafforzare l'accordo all'interno delle varie componenti della Professione rispetto alle criticità sopra riportate, in particolare tra Collegi\Federazione e l'Università; lo scollamento tra le varie rappresentanze potrebbe aprire, in questo momento, un varco insanabile nel futuro.
- La formazione dovrebbe essere mantenuta in seno alle università o perlomeno garantita dalle università ed avere una matrice comune a livello nazionale che limiti il più possibile eccessi di diversificazione
- Vanno definiti obiettivi di tutte le parti in gioco e ancora una volta, uniformati a livello nazionale, anche prendendo in considerazione la realtà comunitaria e continentale in cui ci si muove, dove il riconoscimento di queste figure non prescinde ad esempio dal sistema universitario
- Sarebbe importante e opportuno studiare meglio strategie di confronto e collaborazione nel particolare ambito della territorialità (vedi quanto è differente l'assistenza domiciliare in Lombardia rispetto ad altre regioni) tra la professione infermieristica e medica per i PDTA
- La formazione dovrebbe ascoltare in modo attento le necessità delle organizzazioni all'interno della definizione dei programmi per fare in modo di fornire prodotti in grado di agire efficacemente nei contesti
- Deve cambiare il pensiero anche "politico" del prendersi cura, del curare e dell'assistere; se è giusto evitare ingessature organizzative occorre peraltro definire uniformemente sul territorio nazionale meccanismi di valorizzazione e di riconoscimento delle competenze avanzate per l'intera professione, in tutti i suoi ambiti di esercizio.

Nel complesso, esprime una valutazione fortemente critica per i seguenti motivi:

- Non è coerente ed anzi risulta confondente rispetto alle recenti evoluzioni della normativa professionale in ambito universitario nazionale e internazionale.
- Il contenuto delle competenze è fortemente sbilanciato sul versante tecnico, a scapito di quello puramente assistenziale
- La struttura degli allegati non descrive un profilo di competenze, ma un dettaglio di attività,
- Definisce un profilo infermieristico lontano dal panorama internazionale.
- Prefigura percorsi di formazione post laurea per nulla trasparenti tra SSR e Università
- È contraddittoria nel linguaggio e nelle intenzioni



PAOLA ARCADI

Infermiera, tutor e docente Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano"

PAOLO C. MOTTA

Infermiere, Professore Aggregato, cattedra di Scienze Infermieristiche, Coordinatore del Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Brescia

Una proposta che mira a cambiare le cose perché nulla cambi, 20 aprile 2012

1. un consistente numero di funzioni contenute nei diversi allegati non hanno, a nostro avviso, alcun carattere di innovazione e avanzamento, ma descrivono ciò che l'infermiere già sa, già sa fare e già fa nella propria attività clinica
2. un altrettanto consistente numero di funzioni appaiono fortemente ambigue, poiché nella medesima affermazione contengono il suo contrario: esse da un lato enfatizzano autonomia e responsabilità, ma dall'altro si affrettano a precisare che l'agire deve essere subordinato alle decisioni di altri, secondo la classica, vecchia (sì, vecchia: qui ci vuole proprio questo aggettivo!) ed evidentemente insuperabile concezione gerarchica delle relazioni tra infermiere e medico, quasi a voler concedere con una mano, per togliere immediatamente con l'altra;
3. ma soprattutto: la dimensione prevalente, o piuttosto quasi esclusiva, che viene espressa dalle funzioni 'avanzate' elencate è quella tecnica. Più che riferirsi allo sviluppo di competenze complesse, si riduce la proposta a un nuovo mansionario assoggettato ai principi della razionalità classica tecnico-scientifica, con il risultato che le funzioni stesse appaiono frammentate, impoverite di contenuto e non rispondenti alle esigenze espresse dalle persone a cui sarebbero rivolte;
4. altre funzioni appaiono mal formulate e imprecise – o addirittura scorrette – e inducono a pensare a un certo livello di superficialità nella stesura del testo (nell'area critica, emergenza e urgenza, "1.1.6.6 descrivere (ma come può mai trovar spazio un verbo del genere in un elenco di competenze?) le misure da adottare per la decontaminazione, la derattizzazione e la disinfestazione").

Per onestà, discutere nel merito significa anche riconoscere che questa proposta contiene alcune idee che, pur centellate e disperse nell'insieme del testo, meritano di essere positivamente considerate, come ad esempio la possibilità di utilizzare alcuni mezzi diagnostici e di prescrivere presidi e ausili e di aprire spazi alla continuità assistenziale: aspetti positivi, naturalmente, se si intendono applicati alla valutazione e trattamento di problemi di assistenza infermieristica.

Qui ci sembra che il rischio di un 'mansionario di ritorno' si faccia vivo; che, al posto di un professionista autonomo e responsabile, si mantenga o addirittura si torni a quella figura di operatore che Ivan Cavicchi efficacemente chiama il 'compitiere'.

Questa proposta sottrae alcuni ambiti di attività medica per consegnarli all'infermiere. Ci chiediamo quanto essa derivi da un dialogo approfondito e sia condivisa da tutti i soggetti interessati. Al di là di questo non trascurabile aspetto, riteniamo che questa operazione possa legittimamente suscitare critiche e perplessità tra i medici e le altre professioni sanitarie e, soprattutto, siamo convinti che non interessi agli infermieri, che non hanno mai concepito, né mai concepiranno il proprio sviluppo come un'estensione di attività nella sfera della medicina, ma come una valorizzazione intensiva di competenze assistenziali: questo ci sembra giusto e questo ci sembra sia oggi sempre più richiesto delle persone assistite, dai familiari e dalla comunità nel suo insieme.

Per l'assistenza infermieristica non invociamo la crescita, cioè 'fare più cose', ma lo sviluppo, cioè 'fare cose diverse, fare meglio'.

Questa proposta – e concordiamo ancora totalmente con Ivan Cavicchi – mira a cambiare le cose perché nulla cambi: un po' di risparmio (forse), un po' di concessioni a qualcuno, il rassicurante convincimento di 'aver fatto qualcosa', ma tutto questo 'in costanza' degli attuali pensieri sull'assistenza sanitaria e sui modelli organizzativi che dovrebbero assicurarla. Cioè in costanza dei problemi che assillano l'attuale organizzazione sanitaria.



ORGANIZZAZIONI SINDACALI



DANIELA VOLPATO

(Cisl Fp): "L'obiettivo è ambizioso. Lavoriamo per raggiungerlo"

L'obiettivo è importante, perché si parla di valorizzazione delle professioni".

"Il confronto è appena cominciato, ma se l'obiettivo è veramente quello dichiarato di implementare le competenze e valorizzare i professionisti, non può che trovarci d'accordo e disponibili al dialogo". Il documento "rappresenta una proposta e come tale andrà approfondita e ci vorrà del tempo". Perché, spiega il segretario Cisl Fp, "il lavoro è complesso. Si tratta di trovare soluzioni concrete e condivise in grado di incrociare ed allineare gli aspetti normativi, la formazione universitaria e la formazione professionale sul campo attraverso l'Ecm con nuovi modelli organizzativi del sistema che permettano davvero lo sviluppo e la valorizzazione delle professioni". Secondo Volpato, infatti, fino ad oggi tra questi elementi "non c'è stata coerenza, neanche nelle Regioni più virtuose". Ma lo "scollamento" va "assolutamente sanato se l'obiettivo vuole essere raggiunto". Questo, secondo la sindacalista, non potrà prescindere dal coinvolgimento di tutte le professioni, "area medica compresa", tenuto conto che "la sanità è sempre più multidisciplinare e che quella dell'infermiere è una professione che si collega a tutte le altre".

Su questo i sindacati hanno ricevuto "la garanzia istituzionale di Franco Toniolo a nome delle regioni e di Giovanni Leonardi a nome del ministero", che hanno assicurato che "lo stesso tavolo si occuperà prossimamente delle altre professioni sanitarie". Volpato ha anche detto che questa bozza sta determinando molta confusione. Qualcuno dice che intende solo definire le competenze complementari e specialistiche, ma un documento che definisce le competenze ulteriori inevitabilmente definisce anche quelle di base". Ma sono tanti altri i punti sui cui, secondo Volpato, non c'è chiarezza. A partire dai reali obiettivi che si vogliono raggiungere. Su questo, ha spiegato la sindacalista della Cisl Fp, "si è aperto un dibattito molto importante" tra ministero, Regioni e organizzazioni delle professioni sanitarie. Che ha portato alla decisione di siglare prima un protocollo politico, sulla base del quale, poi, proseguire il lavoro di ridefinizione dei diversi profili. Per questo, a differenza di altri sindacati, la Cisl Fp ha preferito, per il momento, non consegnare al tavolo alcun documento di osservazioni, riservandosi di farlo successivamente.

"Abbiamo convenuto - ha spiegato Volpato al nostro giornale - di consegnare al tavolo, entro il 1° giugno, una bozza di protocollo politico in cui vengano descritti lo scenario e gli obiettivi che si vogliono raggiungere, sia professionali che organizzativi, che programmatici. Siamo infatti convinti che in questo modo anche per il ministero e le Regioni sarà più semplice chiarire e tratteggiare gli obiettivi, e quindi declinare gli strumenti e le modalità per raggiungerli. Ridefinire, quindi, il ruolo e le competenze dei professionisti sanitari e degli infermieri, le competenze complementari e specialistiche, modelli, programma a livello nazionale ed altri che possono essere invece realizzate attraverso protocolli regionali".



CECILIA TARANTO

(Fp Cgil): "Al tavolo ministero-regioni ci sono ingredienti che fanno ben sperare"

Per la segreteria nazionale Fp Cgil, la proposta ha però bisogno di correzioni. Tra i nodi da sciogliere, la formazione e le risorse economiche. "Molte Regioni sono in piano di rientro, impossibile fare affidamento sulle loro disponibilità. Servirebbe un nuovo contratto".

Ma "occorre prendere atto che questa è la direzione giusta da seguire, perché fa bene al diritto alla salute e incrementa la multidisciplinarietà e il lavoro in equipe, una complementarità che è assolutamente necessaria per assicurare la migliore cura e assistenza". La Cgil, quindi, è intenzionata a portare avanti il confronto, superando che la polemica iniziale che ha caratterizzato il percorso: "C'è stato un problema di metodo. Il confronto è partito prima con le Regioni, senza che nessuno coinvolgesse le organizzazioni categoria, e poi la proposta è addirittura stata resa pubblica prima ancora che diventasse ufficiale. Un metodo che non abbiamo condiviso, visto che si tratta di un lavoro molto importante e delicato, che coinvolge una molteplicità di attori". Anche superata questa polemica, per la Cgil, come già rilevato dalle altre organizzazioni sindacali, restano comunque molti aspetti da correggere di quella proposta. "Anzitutto non si pensi che questa operazione di implementazione del ruolo degli infermieri possa essere finalizzata a risparmiare o a rispondere al problema della carenza medici che si presenterà nei prossimi anni. L'obiettivo deve essere quello di ragionare sui modelli organizzativi dei servizi sanitari regionali per valorizzare a pieno le potenzialità delle professioni sanitarie". "Nessuno vuole mettere in discussione l'atto medico, che resta il titolare della diagnosi e della prescrizione della terapia, così come l'infermiere deve continuare ad essere titolare dell'assistenza. I campi di azione sono già descritti e chiari, le polemiche sarebbero inutili e finirebbero solo per rallentare una riforma che molti medici già condividono. Si tratta infatti di diffondere, in modo omogeneo sul territorio, modelli organizzativi in grado di valorizzare le competenze e le potenzialità degli infermieri, cosa che in alcune Regioni sta già avvenendo e che fanno bene al sistema. Perché - ha proseguito Taranto



- se l'infermiere si occupa di fare i vaccini antinfluenzali, il medico ha il tempo per fare una visita in più, valorizzando così egli stesso le proprie potenzialità, senza invasioni di campo reciproche. Lavorare in questa direzione è assolutamente utile al sistema, ai cittadini e ai professionisti stessi, compresi i medici".

Per la segretaria della Fp Cgil, "è però chiaro che questo processo non deve riguardare solo gli infermieri, ma tutte le professioni sanitarie, ed essere il frutto di un lavoro attento, di scambi di opinioni, di esperienze e di competenze, eliminando ogni tipo di descrizione di logica mansionaria ed il rischio di equivoci, anche in modo involontario".

"Ma deve essere una formazione che alimenta l'esperienza nazionale, da affrontare, quindi, solo dopo che il professionista ha ricevuto una formazione omogenea e di base".

Il confronto, quindi, avrà bisogno di coinvolgere anche il Miur, "anche allo scopo di ripensare ai Master affinché siano fondati, anche in questo caso, su una base un po' più unificante. Un'altra criticità è il contratto, che invece, continua ad essere bloccato perché ovviamente quando si parla di evoluzione, di maggiori responsabilità, di rafforzamento del SSN, sarebbe utile che a questo corrispondesse anche un ragionamento serio dal punto di vista normativo, degli inquadramenti e di riconoscimento economico".



MARIA VITTORIA GOBBO

(Uil Fpl): "Obiettivi condivisi, ma molti nodi da sciogliere"

Soddisfazione per l'avvio di un confronto per valorizzare la professione infermieristica. Anche se la mancanza di risorse e la necessità di uniformare i modelli e ricordarsi con le altre professioni sono criticità ancora tutte da risolvere. Da eliminare anche "l'impostazione da vecchio mansionario".

"Del documento - ha spiegato Gobbo - condividiamo gli obiettivi, quelli proclamati nel titolo, e cioè 'Implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere'. Siamo lieti che finalmente sia stato avviato un tavolo di lavoro con questo obiettivo". Tuttavia, nel corso della riunione dello scorso 26 aprile presso il ministero, la Uil ha posto l'attenzione su alcune perplessità che il documento ha suscitato. "Anzitutto, non si deve procedere per compartimenti stagni. Abbiamo spiegato a ministero e Regioni che accettiamo la decisione di affrontare la questione delle professioni sanitarie una alla volta se si tratta di una scelta logistica effettuata per semplificare e rendere più efficace il lavoro, ma abbiamo sottolineato la necessità di portare avanti il processo di ridefinizione delle competenze infermieristiche attraverso un approccio più ampio e complessivo, che tenga conto dei ruoli di tutti gli altri professionisti della sanità", ha spiegato Gobbo. L'altro nodo da sciogliere riguarda i modelli organizzativi. "In realtà le competenze attribuite agli infermieri dal tavolo ministero-regioni sono già realtà in alcune Regioni. Tuttavia - ha precisato Gobbo - in altre Regioni gli infermieri continuano a lavorare all'interno di modelli fermi a 20 anni fa. È evidente, quindi, la necessità, ma anche la volontà del ministero e delle Regioni, diffondere le migliori pratiche e uniformare i modelli a livello nazionale, pur nel rispetto dell'autonomia regionale. Altrimenti - secondo Gobbo - in alcune parti del Paese assisteremo ancora al perpetuarsi di modelli che rappresentano un grande spreco di risorse e di potenzialità professionali".

"Il polverone alzato sul documento del Ministero della Salute che interviene su ruolo e competenze della professione infermieristica e sul rapporto con la professione medica, mi pare francamente basato su argomentazioni anacronistiche che non tengono conto dei profondi cambiamenti avvenuti in questi anni in ambito sanitario." Così Giovanni Torluccio, Segretario Generale della Uil-FPL.

"Lo sviluppo delle tecnologie, la crescita della formazione e della professionalità degli operatori, il mutamento del tipo e della diffusione delle patologie e della conseguente richiesta di cure richiedono una rivisitazione di modelli, percorsi e processi se vogliamo dare risposte di salute appropriate, efficaci e sostenibili. Dato che, nel documento, pare che nessuno venga espropriato dell'esercizio di attività, affermare che in determinati contesti e condizioni alcune attività svolte tradizionalmente dai medici possono essere svolte anche da altri professionisti non mi pare una bestemmia, se si tratta di professionisti adeguatamente formati e in possesso nelle necessarie competenze."



ANDREA BOTTEGA

(Nursind): "Tanto rumore per nulla?"

"Il vero fine di questo documento ci sfugge". Si tratta, peraltro, secondo il segretario del Nursind, di un accordo che "necessariamente rimanda ad altre norme o provvedimenti per la formazione e per l'esercizio con il rischio che in diverse parti del Paese il processo si fermi a vari livelli, non ultimo quello aziendale o di dipartimento". Senza contare che "il sistema sanitario è funzionale alla professione medica più che ai cittadini-utenti". Per Bottega, "se si voleva attribuire agli infermieri 'la prescrizione di presidi e ausili a supporto della dipendenza/non autosufficienza' o l'esecuzione di 'sutura di ferite sulla base di protocolli condivisi' bastava un prov-



vedimento amministrativo o una protocollo condiviso perché non penso sia questo accordo che ne sancisca la liceità bensì le norme già in essere ed eventuali provvedimenti aggiuntivi. Del resto, mi pare assurdo che un medico firmi la prescrizione di un presidio (si pensi ai presidi per le stomie gestiti dagli infermieri stomaterapisti) di cui non conosce le problematiche connesse e le modalità di gestione”.

Secondo Bottega, insomma, il documento del tavolo ministero-regioni “non dà soluzioni alle questioni aperte presenti oggi nel rapporto interprofessionale, anzi, rimandando ad altre norme pone le basi per la creazione di aspettative nella categoria che non si sa se siano poi realizzabili. Occorre capire, posto che tale documento non pare sia nato da un’esigenza interna alla professione, a chi serve e a cosa serve in modo da utilizzare poi strumenti concreti per il raggiungimento del fine posto”.

Il Nursind ha più volte sostenuto con il Ministero che la soluzione “era percorrere nuove strade come la diffusione dell’infermiere di famiglia senza sprecare ulteriori risorse verso i medici di medicina generale. Così non è stato; pertanto pare paradossale leggere ora questo documento sia sotto il profilo dell’armonizzazione con tutte le professioni sanitarie sia sotto il profilo della valorizzazione professionale”. “Di fatto – aggiunge Bottega - ancora oggi tutto il sistema sanitario è funzionale alla professione medica più che ai cittadini-utenti”. Il punto da cui partire è il sistema. “Se sono le esigenze di un sistema (sostenibilità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza, consenso) ad avere portato a stilare il documento allora lo dobbiamo comprendere all’interno del sistema stesso, cioè dobbiamo comprendere il senso di questo documento accanto ad altri documenti o accordi o provvedimenti (o mancata adozione di provvedimenti) riguardanti le altre professioni sanitarie”. L’organizzazione del lavoro, poi, “dovrebbe essere la parte fondamentale del documento, in quale è l’ambito che la legge prevede sia trattato dal Ministero e dalle regioni per la valorizzazione delle professioni sanitarie non mediche”. Ma nel documento, secondo Bottega, “di riorganizzazione nell’ottica di promuovere un’assistenza personalizzata e di incentivazione alla diretta responsabilità e gestione delle attività assistenziali non v’è traccia”. Ma “se il documento si propone di ‘investire nella professione infermieristica ponendo le basi per una nuova autonomia e responsabilità professionale’ come non pensare che ciò avvenga anche attraverso l’autonomia organizzativa?”, osserva Bottega, secondo il quale “occorre rivedere l’organizzazione per renderla più funzionale alle esigenze dei cittadini e meno medico-centrica, per liberare i medici dagli incarichi gestionali e renderli disponibili per quelli clinici, per dare la possibilità agli infermieri di fare quanto già la normativa prevede”. Altro ostacolo, le risorse. “Occorre stabilire le risorse umane ed economiche a disposizione per poter chiarire quale inquadramento economico si avrà per lo svolgimento di ulteriori competenze e di quali dotazioni il sistema si dovrà fornire per erogare i servizi. Di questi aspetti nei documenti non v’è traccia”.



SAVERIO ANDREULA

(Fiasl): “Bozza ministero-regioni buona base per migliorare qualità assistenza”

Per il sindacalista della Fiasl, che è anche presidente del Collegio Ispasvi di Bari, il confronto deve continuare “nell’interesse della buona pratica sanitaria”. Governo e Regioni “disponibili”. Ma la mancanza di risorse potrebbe essere un problema.

“Bisogna portare avanti il dialogo. Anche serrato e forte, ma si deve continuare a parlare”.

“Il documento - dice - non dovrebbe essere contestato”. Anzi, rappresenta “un buona base di partenza, anche se dovrà essere approfondito”. Ridefinire le competenze degli infermieri è infatti, secondo il sindacalista della Fiasl, un passo che va compiuto, “nell’interesse della buona pratica sanitaria, per garantire cure adeguate, continue ed uniformi su tutto il territorio italiano”. Il sistema sanitario, spiega, ha bisogno che “l’integrazione dei modelli organizzativi con il profilo infermieristico abbia linee uniformi su tutto il Paese”. Ma serve anche ridefinire il percorso formativo e il ruolo degli infermieri per dare risposte appropriate ai bisogni di salute. “L’assistenza sanitaria e il rapporto tra la sanità e il cittadino è molto cambiato negli anni. Oggi il cittadino chiede cure adeguate e a bisogni specifici sempre più complessi. Di conseguenza la sanità, e i professionisti che vi operano, devono essere preparati per dare risposte specifiche.

La prima criticità a cui rispondere è dunque quella della formazione universitaria, perché “i programmi didattici dei corsi infermieristici sono in grave ritardo rispetto alle evoluzioni scientifiche. I due elementi, che dovrebbero camminare insieme, si rincorrono con ritardi abissali. La seconda criticità da affrontare è quella organizzativa. “Si sono sviluppati modelli regionali diversi che vanno in qualche modo ricongiunti a un livello di uniformità nazionale” e questo “non sarà facile, visto che viviamo in uno Paese dove c’è concorrenza tra Stato e Regioni”.

Il Conflitto tra medici e infermieri è “più politico che reale”. “È questo uno dei problemi che il documento dovrebbe affrontare”. I medici, secondo il sindacalista della Fiasl, “non sembrano disposti a voler cedere molto spazio e rivendicato la loro leadership nell’ambito del governo complessivo delle prestazioni assistenziali. Ma gli infermieri non hanno alcun interesse a rivendicare un ruolo diverso da quello a cui l’infermieristica è deputata: il medico fa la diagnosi e la prescrizione, gli infermieri mettono in atto la terapia. Non abbiamo mai voluto arrogarci la prescrizione”. Non sarà semplice, perché oltre alla questione medici-infer-



mieri, occorre ricordare che "c'è un'incredibile parcellizzazione delle prestazioni dal momento che esistono ben 22 profili di professioni sanitarie. A cui il tavolo ha assicurato di volere lavorare affrontando man mano tutti i profili". A questo si aggiunge, secondo Andreula, "il problema degli operatori socio sanitari, creati per sopperire alla carenza di personale infermieristico ma che possono rappresentare un fenomeno inquietante, non solo in termini di rischio di abusivismo della professione infermieristica, ma anzitutto di integrazione di questa figura nell'ambito sanitario".



ANTONIO DE PALMA
Presidente Nursing up

"abbiamo rappresentato e circostanziato criticamente l'esistenza di rilievi e perplessità sul provvedimento a noi sottoposto, che noi stessi riteniamo per molti aspetti addirittura incongruente o quanto meno pleonastico rispetto alle norme che regolamentano le funzioni infermieristiche e le stesse esigenze del sistema.

... quando si discute di "competenze professionali", bisogna prima effettuare un'approfondita disamina sulla tipologia e portata di eventuali "riserve esclusive" e/o "di ambiti di funzione caratteristici di una professione rispetto all'altra", cosa tutt'altro che semplice e scontata. Ma chi è che si oppone a questo innovativo modello, che a nostro parere consente di garantire il diritto alla salute del cittadino attraverso una doverosa ottimizzazione delle potenzialità di ogni professione?

I lavori in corso, come peraltro si legge nei documenti che stiamo valutando, mirano a realizzare "un sistema di flessibile dinamicità, escludendo ingessature organizzative nelle progressioni di carriera e favorendo meccanismi di valorizzazione professionale e capacità nel riconoscere il valore e il contributo posto da parte del singolo professionista nel processo assistenziale/organizzativo per tutto il tempo di effettivo e positivo esercizio della competenza". Lo stesso articolo 1 della bozza di documento infatti, specifica in maniera inequivocabile che tale accordo "definisce lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere, al fine di favorirne l'approfondimento nonché l'attribuzione di ulteriori funzioni avanzate, in connessione con gli obiettivi di prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione, previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, anche a seguito di ulteriore formazione complementare specialistica". Insomma, l'evoluzione della cultura e della professionalità.

Svolgere funzioni complesse e/o di particolare rilievo in campo sanitario non può essere considerato esclusivo appannaggio di alcuni. Riteniamo che tutte le professioni in possesso dei necessari requisiti e qualità, beninteso nel rispetto degli ambiti di funzione posti per ognuna dai vigenti ordinamenti, vantino il diritto-dovere di partecipare a pieno titolo nel complesso procedimento finalizzato a fornire risposte tempestive e competenti ai bisogni di salute del cittadino.

- L'iniziativa di implementazione delle competenze infermieristiche può trovare fondamento nell'attuale quadro normativo ed amministrativo se si dimostra idonea ad applicare il 2° comma dell'art. 1 della legge n. 251/2000 ...

Per il Nursing up... tali competenze "non devono considerarsi esaustive" e che fanno salva ogni altra eventuale competenza e discrezionalità rientranti nel campo proprio di attività e di responsabilità della professione infermieristica delineato dall'art. 1 della Legge n. 42/1999.

PER QUANTO RIGUARDA L'ASPETTO ECONOMICO: pur nella consapevolezza che la problematica non rientra nello specifico mandato del tavolo oggi aperto, abbiamo più volte ribadito che i lavori in itinere non possono prescindere dall'introdurre le necessarie precisazioni sul fatto che al procedimento in corso saranno collegati i dovuti riconoscimenti di ordine economico e contrattuale per il personale che ne è destinatario.

PER QUANTO RIGUARDA LA PROBLEMATICHE DEGLI INFERMIERI PEDIATRICI: Nursing Up ha anche sollecitato l'esigenza di integrare la bozza di documento in fase di valutazione "con l'introduzione delle necessarie precisazioni su cosa esso intenda per "infermiere esperto in area pediatrica" e soprattutto su quali debbano essere le correlazioni tra questo operatore e la figura dell'"infermiere pediatrico", un professionista che il nostro ordinamento attuale distingue da quella di "infermiere".

PER QUANTO RIGUARDA LA FORMAZIONE: Nursing up stigmatizza la competenza esclusiva dello Stato e l'importanza dell'uniformità nazionale a tali livelli, sostenendo che ogni tipologia di formazione finalizzata all'integrazione delle competenze eventualmente implementata da parte delle Regioni in base a specifici bisogni territoriali, decisamente auspicabile soprattutto per attuare la sempre richiesta "valorizzazione professionale sul campo degli infermieri", deve essere considerata esclusivamente come finalizzata ai bisogni territoriali del sistema salute, cosa diversa rispetto alla prevista formazione universitaria e con riferimento alle specializzazioni, agli specifici livelli di qualificazione formativa previsti dalla legge n.43/2006, punto 1 lettera c).



ALTRI COMMENTI

IVAN CAVICCHI

Docente di Sociologia dell'Organizzazione sanitaria, logica, filosofia della scienza, filosofia della Medicina, Università Tor Vergata Roma. Consulente collaboratore con alcune fra le principali società scientifiche del paese, FNomceo, FNIPASVI, Saggista



"Perché la logica del 'Patto tra le professioni' rischia di fallire"

Ministero e Regioni hanno scritto una proposta per la definizione di nuove competenze per gli infermieri, predefinendo il percorso istituzionale che prevede l'esame "separato" delle categorie interessate. Un grave errore.

È come buttare benzina sul fuoco. Ma un "patto" si fa convocando prima tutte le professioni, proponendo loro una ipotesi di lavoro per poi definire tutti insieme le condizioni politiche e culturali della proposta. Invece i funzionari del ministero e delle regioni, hanno scritto una proposta, predefinendo il percorso istituzionale che essa dovrà fare, sottoponendola nel frattempo, in modo separato alle categorie interessate. Ma, al di là del metodo, qual è la logica della proposta? Si parte da tre presupposti: il primo è che esiste una normativa sulle professioni sanitarie, ma senza spiegare né le ragioni serie della sua inconseguenza né quelle del conflitto che questa normativa ha innescato; il secondo è un ragionamento economicistico, che non è sfuggito a Troise su QS di ieri, secondo il quale valorizzare le professioni sanitarie ci farà spendere meno rispetto ai medici che costano di più, il terzo è una maldestra razionalizzazione sul blocco del turn over, i medici caleranno di numero per cui sorge la necessità di compensare dando più competenze alle altre professioni sanitarie. Personalmente considero questo ragionamento un perfetto esempio di "pensiero debole". La proposta del tavolo ministero-regioni, al contrario si riduce ad un trasferimento di competenze per lo più tecniche dal medico all'infermiere. Il candore diventa sovrano nel momento in cui si dice: che per restituire centralità al medico bisogna dare più competenze alle altre professioni; che l'attribuzione di competenze è concepita "senza che venga meno la titolarità" dei medici, quasi a reintrodurre dalla finestra ciò che la normativa per gli infermieri ha buttato fuori dalla porta ovvero "l'ausiliarità". Basta mettere zizzania tra le professioni. Si pone una grande questione di coevolutività delle professioni. Bisogna smetterla di pensarle in modo tayloristico, quindi con le logiche divisionali dei compiti e delle competenze, dobbiamo parlare il linguaggio dell'impegno professionale, delle qualità soggettive, si tratta di ripensare le cose nella complementarità e nell'interconnessione. La sanità è una impresa di gruppo. Ma il grande salto da fare è ammettere due cose: il lavoro in sanità oggi è tarato su modelli e su organizzazioni ampiamente regressivi soprattutto nei confronti della società che cambia e che alla fine tradiscono problemi di profonda antieconomicità sovraccaricando i costi produttivi del sistema con altri costi dovuti a pessime transazioni tra società e sanità (contenzioso legale, medicina difensiva, opportunismi professionali, ruberie di ogni tipo ecc). Dobbiamo risolvere il problema dell'intrinseca antieconomicità del lavoro, non alimentare i conflitti tra professioni mettendole in competizione. Le professioni non saranno mai appropriate se prima non risolveranno i loro anacronismi di fondo sia nei confronti della società sia nei confronti delle risorse. È cambiato tutto, la sanità ha fatto tante riforme, ma gli operatori in generale sono sempre quelli. Anche gli infermieri che ancora oggi sono impiegati come se nulla fosse successo. Infine: non si risolvono i problemi degli operatori, quindi del loro impiego, se non si risolvono contestualmente i problemi dell'azienda. È vano ridefinire le professioni e rimetterle dentro contesti che hanno dimostrato di non saperle impiegare per le loro potenzialità, e soprattutto che le hanno sempre considerate un costo da ridurre. Contenitori e contenuti devono cambiare insieme.

FRANCESCO SAVERIO PROIA

Dirigente ministero della salute - componente del Tavolo Ministero/Regioni

"Aperti a tutte le modifiche migliorative" Il coordinatore del tavolo Ministero-Regioni per la definizione delle nuove competenze delle professioni sanitarie, risponde alle perplessità avanzate sul lavoro fin qui svolto. "Nessuna nostalgia del mansionario, semmai c'è un'esaltazione delle competenze professionali". ...L'esigenza è stata formulata, come è noto, dalle Regioni che hanno constatato la necessità di aumentare le competenze delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica sia per la consolidata evoluzione formativa ed ordinamentale delle stesse che per la dinamica evoluzione in corso dell'organizzazione del lavoro sanitario anche alla luce dei progressi scientifici e tecnologici nel settore...

...Il documento, all'esame dell'universo della rappresentanza professionale e sindacale, consta di tre parti:

1. La prima è la relazione che disegna lo scenario giuridico ed organizzativo nel quale collocare quest'innovazione che si vuol proporre che coglie e fa proprie l'analisi, i saperi, le prospettive ed anche le attese della professione infermieristica, delle altre professioni della salute;
2. La seconda è lo strumento dell'Accordo Stato - Regioni con il quale Ministero della Salute e Servizi Sanitari Regionali intervengono immediatamente sulle competenze proprie implementando le funzioni della professione infermieristica e rinviando ad un successivo atto che coinvolgerà il MIUR per rivedere alla luce di queste scelte strategiche gli ordinamenti didattici di tutti i corsi universitari per infermiere: laurea abilitante, laurea magistrale (, mi auguro perché quest'ultima sia spendibile anche in attività avanzate clinico - assistenziale e non solo



gestionale - didattico) master specialistici, individuando quali siano funzionali al SSN e alla nuova progressione di carriera nel professionista specialista, sancito dall'art.6 della legge 43/06, per quest'importante aspetto ancora inattuato;

3. La terza è l'allegato tecnico delle nuove competenze nelle cinque aree di attività infermieristica individuate che si ritiene debba essere dinamico soggetto a continua revisione, verifica e monitoraggio per la evoluzione sempre più progressiva in sanità in capo scientifico, tecnologico, dell'organizzazione del lavoro e delle scelte di programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale...

...Quest'ultima parte è stata da alcuni oggetto di critiche e definita una riedizione di un mansionario: a me sembra una critica che non ha fondamento in quanto si tratta, come si è detto, di funzioni ulteriori ed avanzate rispetto a quelle previste attualmente che non vengono ridimensionate anzi esaltate, non cristallizzate da una legge ma soggette ad evoluzione, verifica e monitoraggio...

...è proprio il metodo del massimo coinvolgimento di tutti, nessuno escluso, che è appena iniziato, alla base della costruzione di questo nuovo modello...

...Oggi si è affrontata la questione infermieristica, ad ore si affronteranno le questioni relative a tutte le altre professioni della salute, nessuna esclusa, secondo un crono programma concordato; certamente sarà affrontata, con laicità e senza pregiudizi, anche la questione di un eventuale accorpamento di qualche profilo, se funzionale positivamente all'evoluzione delle professioni interessate e alla nuova organizzazione del lavoro che si vuol realizzare, senza alcuna volontà riduttiva o di ridimensionamento...

...Questo Tavolo tecnico presenta una valenza direi quasi epocale in quanto affronta la questione fondamentale di adeguare alla ormai consolidata nuova dimensione ordinamentale e formativa delle professioni sanitarie che una volta e purtroppo talora ancora denominate per esclusione...

... Si è scelto come prima emergenza quella di adeguare le competenze delle professioni infermieristiche alla luce della ricordata evoluzione ordinamentale e formativa a quella scientifica, tecnologica e dei modelli organizzativi sulla base sia delle sperimentazioni regionali già in essere che di quelli consolidati e verificati positivamente da decenni di altri Stati europei ed extraeuropei...

... l'elaborazione prioritariamente di una proposta di Accordo Stato-Regioni che ridisegni il rapporto tra professione medica e professione infermieristica attribuendo ai laureati infermieri e l'effettuazione di competenze e atti, attualmente svolti da laureati in medicina e chirurgia, senza che venga meno, però, la titolarità degli stessi ai medici...

... La proposta di Accordo Stato-Regioni individua atti e competenze che sono attribuibili agli infermieri per la loro formazione universitaria e per il loro attuale ordinamento professionale oppure attraverso una formazione complementare da svolgere da parte del SSN...

... e che potrebbero sollevare, ma non esonerare, i medici dalla effettuazione degli stessi, senza che comunque venga meno la loro titolarità di queste competenze, permettendo invece alla professione medica di esercitare appieno competenze più complesse o elevate, proprie del suo lungo percorso universitario di laurea e di specializzazione e della sua funzione dirigenziale...

...che vogliono dar vita, ad un confronto realmente esteso e partecipato, appena iniziato non solo per verificare e ricercare il consenso a questo progetto di profondo cambiamento ma anche per avere proposte di modifica in termine di ulteriore miglioramento e perfezionamento aprendo a fasi successive di monitoraggio, verifica e, se del caso, aggiustamento in corso d'opera, del processo di ridefinizione delle competenze delle professioni sanitarie, nel senso della loro implementazione, che dovranno vedere sempre protagonisti questi stessi soggetti professionali e sindacali...

DANIELE DI MICCO

Responsabile Servizio Infermieristico di Roma e Provincia ARES 118

"Smettiamola di seminare "zizzania" tra le professioni". Il documento pone una pietra miliare sull'efficacia e l'efficienza degli interventi di soccorso realizzati in ambito extraospedaliero. Insomma, salva le vite e fa pure risparmiare. È poco? Avviene da anni in realtà come, ad esempio, il London Ambulance Service di Londra o il Samù de Paris. È di questo che i professionisti della salute vogliono parlare, inclusi i medici che hanno ben compreso l'esigenza di rimodulare il proprio ruolo proiettandolo verso nuovi e ben più avvincenti scenari: della necessità di guardare al futuro rimettendosi in gioco, senza temere per quello che verrà e senza nostalgia per quello che è stato.

...Il documento del Tavolo tecnico rappresenta un'importante esempio di exit strategy dalla crisi che attanaglia la sanità, ed è intellettualmente onesto...

... non prevarica nessuno se viene letto con le giuste lenti, ed è evidente che è collocato all'interno di un percorso...

...Occorre davvero un nuovo "patto" tra professionisti per raccogliere le nuove sfide sulla salute che ci arrivano e per offrire le nuove risposte che la società attende. Bisogna smetterla davvero di seminare zizzania tra le professioni...

... il documento che ridisciplina le competenze dell'infermiere in area critica e emergenza-urgenza sancisce, da un lato, attività che i professionisti più maturi già in parte svolgono mentre, dall'altro, tranquillizza molti tra chi, come i medici più illuminati, queste statuizioni attendono con evidente e comprensibile sollievo. E pone una pietra miliare sull'efficacia e l'efficienza degli interventi di soccorso realizzati in ambito extraospedaliero...

...necessità di guardare al futuro rimettendosi in gioco, senza temere per quello che verrà e senza nostalgia per quello che è stato...





Gli interventi e il parere della Federazione Nazionale IPASVI



In questa sezione abbiamo raccolto i principali interventi della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI attraverso le comunicazioni ufficiali diffuse e la sintesi (non ufficiale) dei due Consigli Nazionali del 18 maggio e del 6 giugno 2012 nei

quali si è delineata la posizione della professione nei confronti della bozza diffusa dal tavolo Ministeriale. Questa posizione è stata rappresentata dalla Presidente Silvestro ai componenti del Tavolo Ministero – Regioni in data 14 giugno.

Nota tecnica:

Molti Collegi IPASVI, singolarmente o in associazione, hanno trasmesso e diffuso documenti di valutazione e analisi sulla bozza ministeriale con livelli di analisi e approfondimento molto differenziati. Allo stesso modo molti Presidenti in sede di Consiglio nazionale hanno espresso pareri, condiviso posizioni e giudizi.

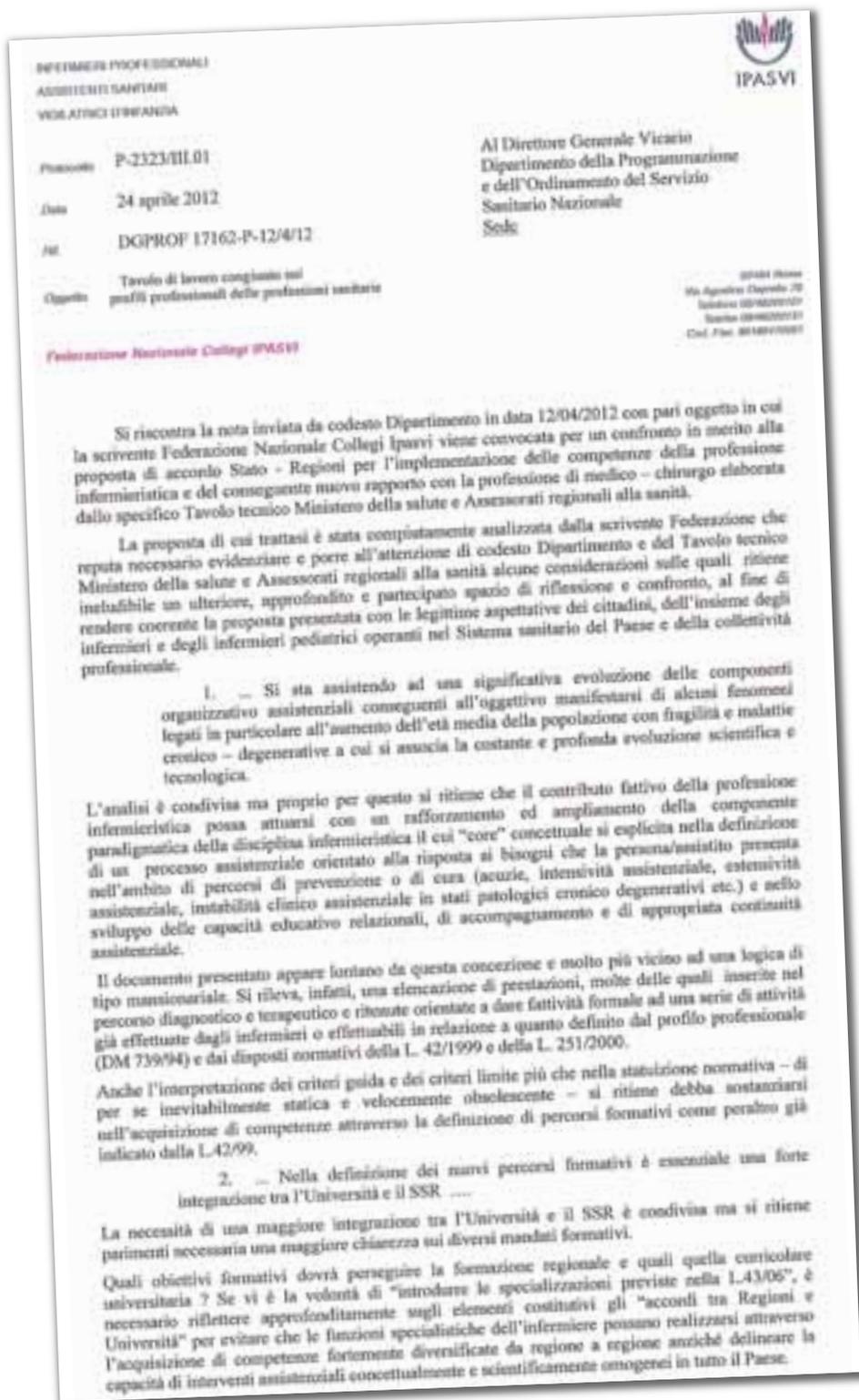
Come si comprenderà, la necessità di sintesi e una precisa scelta editoriale ci hanno suggerito di non fare espliciti riferimenti ai singoli Collegi e/o Presidenti, bensì di rappresentare, come meglio abbiamo potuto, la complessa discussione effettuata, le conseguenti scelte e le criticità e opportunità intraviste nel percorso privilegiando la sintesi finale espressa nei Consigli Nazionali più che i dettagli dell'una o dell'altra proposta.

Va dato atto al nuovo Comitato Centrale e alla Presidente Silvestro di aver scelto un metodo partecipativo che ha valorizzato e delineato un clima di condivisione e collaborazione istituzionale, coinvolgendo tutti i Collegi IPASVI, le associazioni Infermieristiche (sentite ufficialmente il 12 giugno), alcuni tra i professori Universitari Infermieri (coinvolti in un gruppo di lavoro Nazionale sul tema) e chiunque abbia voluto fornire un contributo e parere. Riteniamo che questa modalità, comunque vada la partita in discussione, rappresenti un buon presupposto e viatico per le sfide future della professione.

LA CRONOLOGIA DEI FATTI

- 23 aprile 2012: viene diffusa la bozza del documento Ministeriale;
- 24 aprile 2012, in preparazione all'incontro del 26 viene diffusa una prima nota ufficiale della Federazione Nazionale IPASVI (FN IPASVI);
- 26 aprile 2012, la FN viene convocata per un primo incontro con i componenti del tavolo tecnico;
- 18 maggio 2012 primo Consiglio Nazionale Straordinario;
- 6 giugno 2012, secondo Consiglio Nazionale Straordinario;
- 12 giugno 2012, Incontro della Federazione Nazionale con i rappresentanti delle Associazioni Infermieristiche;
- 14 giugno incontro della FN IPASVI con i rappresentanti del tavolo Tecnico.





3. ... il comune pensiero ed obiettivo strategico del Ministero della salute e delle Regioni il coinvolgimento attivo, la partecipazione e la condivisione a tali scelte innovative nell'organizzazione del lavoro sanitario delle rappresentanze professionali e sindacali del personale del SSN ...

L'obiettivo strategico del Ministero della salute e delle Regioni è fortemente condiviso ed apprezzato.

Le reazioni suscitate nelle diverse famiglie professionali sanitarie dal documento proposto sono molteplici, tendenzialmente critiche e leggibili come timore di ridefinizioni degli attuali perimetri professionali.

L'obiettivo della scrivente Federazione è quello di approfondire ed innovare i ruoli e le funzioni che vengono riconosciuti internazionalmente all'infermieristica e che l'evolversi scientifico, epidemiologico, socio economico e fattuale richiede.

Sulla base di tale impostazione, la gestione e l'utilizzo competente di tecnologie o device, piuttosto che la possibilità di facilitare l'acquisizione di presidi e ausili necessari al processo assistenziale per le persone dipendenti o non autosufficienti, è inteso come fattualità complementari al processo assistenziale e al mandato primario dell'infermiere che è e vuole rimanere quello di " ... assistere, curare e prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo."

Nell'esprimere apprezzamento per l'iniziativa di questo dipartimento, si conferma ampia disponibilità al dialogo e al confronto e si coglie l'occasione per inviare

Distinti saluti

La Presidente
Annalisa Silvestro

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
OGNIGIURNO D'INFANZIA

IPASVI

Protocollo: P-255/01/01

Data: 26-04-2012

Al Collegi IPASVI
Loro sedi

Objetto: Tavolo di lavoro congiunto sui profili professionali delle professioni sanitarie

20124 Roma
Via Agostino Dandolo, 72
Telefono: 0649200131
Telefono: 0649200131
Cod. Fax: 06109470581

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

In data odierna si è svolto al Ministero della salute l'incontro sul tema di cui all'oggetto. La posizione espressa dalla scrivente Federazione è sinteticamente riportata nella nota allegata che è stata consegnata anche brevi manu al Coordinatore del Tavolo di lavoro congiunto sui profili professionali delle professioni sanitarie alla fine dell'incontro.

All'incontro erano presenti:

- Coordinatore Tavolo tecnico	F. Tonello
- Rappr. Emilia Romagna	R. Mazzoni
- Rappr. Lombardia	S. Gorini
- Rappr. Piemonte	P. Puzzaghera
- Rappr. Toscana	D. Massa, R. Nardi
- Rappr. Provincia Trento	F. Bellotti
- Ministero	G. Leonard, S. Proia, S. Amicone, A. Daccò, M. Zega
- FNC	A. Silvestro, B. Mazzoleni

All'incontro non erano presenti i rappresentanti della FNCMCoG.

Il dibattito, iniziato alle ore 10.45 si è concluso alle ore 12.30 con la tema opposizione di questa Federazione di chiudere i lavori ed il confronto entro la fine del mese in corso come indicato dalla parte prevalente degli altri componenti del tavolo.

La Federazione ha fermamente sostenuto la necessità di protrarre il tempo a disposizione per la disamina della proposta almeno fino alla metà di giugno c.a. al fine di effettuare con i Presidenti provinciali (psvi) l'analisi del documento e definire una proposta da presentare al Tavolo tecnico.

Ad ora si è in attesa del pronunciamento sulla dilazione temporale richiesta dalla Federazione di cui verrà data immediata comunicazione.

Per quanto di cui trattasi si presannuncia la convocazione di un Consiglio Nazionale da tenersi in data 18 maggio 2012 in Roma.

Cordiali saluti

La presidente
Annalisa Silvestro



SINTESI DEI CONSIGLI NAZIONALI ROMA

CONSIGLIO NAZIONALE DEL 18 MAGGIO

Durante il CN del 18 maggio, la Presidente ha riferito dell'incontro avvenuto il 26 aprile al Ministero con rappresentanti del tavolo sulle competenze Infermieristiche.

A fronte di un mandato chiaro dei rappresentanti del Tavolo Ministero/regioni di voler chiudere la partita in tempi ristretti si è ottenuta la possibilità di rivedersi entro metà giugno in modo da valutare in modo approfondito la bozza e presentare osservazioni. In Consiglio Nazionale nonostante da parte di una piccola minoranza di Collegi sia emersa la proposta di rigettare completamente la proposta, la decisione che si è presa è stata quella di dare mandato al CC di preparare un documento per emendare la bozza proposta dal Ministero. Le ragioni di questa ipotesi di lavoro è legata alla opportunità di non chiudere un dialogo aperto considerando i risvolti istituzionali a fronte di una chiusura totale e cercando di valorizzare quanto di positivo poteva esserci nel documento.

I punti di discussione emersi sul documento sono i seguenti:

Punti di forza

... per alcune attività potrebbe essere formalizzazione di ciò che colleghi già svolgono...

...la prima parte potrebbe avere un valore (riscontro di visibilità sul quotidiano sanità e sul sole 24)...

...fare valutazione politica approfondita sull'argomento: buona occasione di confronto costruttivo di merito sull'argomento...

...La chiusura totale potrebbe crearci problemi perché potrebbe continuare senza di noi...spostiamo l'agenda delle discussioni sull'ordinamento didattico...

...La parte iniziale della bozza va bene, la seconda va stralciata...

...opportunità importante...

...abbiamo fame di colleghi con competenze cliniche avanzate...

...se voglio valorizzare un infermiere con competenze avanzate, è necessario delinearlo...questo documento non è una

vessazione nei confronti degli infermieri ...meglio primi noi perché poi gli altri si accodano...i tavoli si possono anche rompere, ma se non ci sei non puoi rompere nulla...

Punti di debolezza

...la terminologia è sbagliata, intende qualcosa e la scrive in maniera opposta...

...utilizzo improprio del verbo "gestire"...

...articolo sulla formazione poco chiaro, manca dossier formativo, non chiarezza sul master, ritorno al vecchio mansionario, lacunoso, ambiguo...

...Nessuna questione sul trattamento economico...

...nessun riferimento alle competenze di base: nessuna specifica per il generalista...

...rigettare il documento perché abbiamo già una norma molto chiara, a partire dal profilo per arrivare alla legge 42, sulla quale non possiamo tornare indietro (profilo, ordinamento didattico, codice), possiamo solo dare input sugli ordinamenti didattici... un'esigenza di altri e noi non possiamo accettare questa cosa...le competenze delle professioni si definiscono in altro modo...

...mortificazione delle persone che lavorano con serietà all'interno del sistema... volontà di togliere il numero chiuso ai medici...dialogare con gli infermieri significa fare cose diverse...

CONSIGLIO NAZIONALE DEL 6 GIUGNO 2012

Il Comitato centrale ha presentato, come da mandato del Consiglio Nazionale del 18 maggio, un documento elaborato con il contributo di alcuni professori di Infermieristica e sulla base delle diverse comunicazioni ricevute.

Questo documento approvato per acclamazione dal CN, è stato presentato nella convocazione al ministero del 14 giugno. Nel frattempo la Fn ha incontrato anche i rappresentanti delle associazioni infermieristiche il 12 giugno.

Nel documento della FN IPASVI è stata ritoccata la parte introduttiva sulla normativa confermando gli attuali riferimenti normativi come imprescindibili e concentrandosi sullo sviluppo di competenze specialistiche (usato di proposito per il riferimento a quanto definito dalla legge



43/2006) in sei aree (abolite le competenze trasversali) intese come evoluzione specialistica delle competenze dell'infermiere generalista:

1. infermiere specialista in assistenza chirurgica;
2. infermiere specialista assistenza Internistica;
3. infermiere specialista in assistenza intensiva e urgenza emergenza;
4. infermiere specialista in assistenza e cure primarie;
5. infermiere specialista in assistenza pediatrica;
6. infermiere specialista in assistenza in salute mentale e dipendenze.

È stata inserita sia la formazione universitaria che quella aziendale/regionale (per mantenere aggiornare o implementare specifiche capacità o abilità tecnico operative dell'esercizio specialistico).

Il riferimento teorico è il modello Tuning Nursing Educational (2005) in linea con quanto definito dalla comunità europea e dal processo di Bologna.

Le aree specialistiche (completamente stravolte rispetto alla proposta del tavolo) sono state strutturate in modo analogo fra loro seguendo una articolazione per obiettivi, uniformando linguaggi e togliendo l'ambiguità da mansionario della precedente versione, secondo i seguenti paragrafi:

1. Valutazione bisogni di assistenza infermieristica
2. Progettazione e organizzazione clinico assistenziale
3. Realizzazione coordinata di interventi
4. Valutazione clinico assistenziale

5. Formazione, consulenza e ricerca
Di seguito alcune osservazioni emerse durante la discussione:

- modificare/integrare alcuni contenuti sulle diverse aree specialistiche (più spazio alla terapia del dolore, alle RSA, ai rapporti con i servizi sociali, ...);
- inserire la necessità di programmare i fabbisogni delle diverse aree specialistiche;
- introdurre la possibilità di avviare percorsi di accreditamento professionale;
- mancano le competenze dell'inf. generalista (per problemi di tempo e visto che non è stato richiesto si è pensato di affrontare la questione in seguito).

Sono emerse anche alcune preoccupazioni rispetto:

- al destino delle Lauree Specialistiche;
- alla debolezza strutturale dei Master;
- all'impatto organizzativo e sulla professione che avranno tali aree specialistiche (sia in senso positivo che negativo);
- alla possibilità (non remota) che il tavolo ministeriale possa rigettare la proposta della FN o accoglierla solo in parte. Quindi che fare? Quali punti sono imprescindibili e quali trattabili? Per questo non si è escluso un nuovo CN dopo il 14.

In questa fase di incertezza si è scelto di fare un passo alla volta. Per il momento è stato valutato come prioritario portare avanti il nuovo documento e capire le reazioni della controparte (Ministero e Regioni) quindi prepararsi per tutti i risvolti futuri (es. testo dell'accordo o decreto di cui questo doc. dovrebbe essere l'allegato e preoccupazioni di cui sopra).

CHIUSURA SEGRETERIA

La segreteria del Collegio resterà chiusa per la pausa estiva dal 6 al 26 agosto 2012. Dal 27 al 30 agosto apertura ridotta dalle ore 14.00 alle ore 16.30
Venerdì 31 agosto chiuso per la festa del S. Patrono.



INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VOLONTARI D'INFANZIA

Prot. n. P-3222/III/BI

Data: 15 giugno 2012

Ai:

Oggetto: Tavolo di lavoro congiunto sui profili professionali delle professioni sanitarie

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

E-mail: Ai Presidenti
Dei Collegi IPASVI

Loro Sedi



00186 Roma
Via Agostino, Capranica 70
Telefono: 06/49221212
Telefax: 06/49221211
Cod. Fax: 06/49221221

In data 14/06/2012 si è svolto al Ministero della salute l'incontro sul tema di cui all'oggetto. A tal proposito si riporta un sintetico resoconto dell'andamento di tale incontro che si è svolto in un clima sereno.

All'incontro erano presenti:

- | | |
|-------------------------------|--|
| - Coordinatore Tavolo tecnico | F. Totiolo |
| - Rapp. Emilia Romagna | R. Mazzoni |
| - Rapp. Lombardia | S. Gorini |
| - Rapp. Piemonte | P. Putzanghera |
| - Rapp. Toscana | D. Masai |
| - Ministero | S. Amicone, S. Proia, M. Zega, A. Duccò |
| - FNC | A. Silvestro, G. Rocco, C. Carboni, M.A. Schirru |

Il Coordinatore del tavolo tecnico - dr. Totiolo - in premessa ha evidenziato l'obiettivo di chiedere (nel pomeriggio verranno incontrate le rappresentanze sindacali) con gli incontri della giornata il confronto con i diversi interlocutori per consegnare entro i primi giorni del mese di luglio p.v. la proposta definitiva per le successive determinazioni.

La FNC ha presentato il documento approvato dal Consiglio nazionale effettuato il 6 giugno u.s. evidenziando le ragioni sottese alle innovazioni ivi riportate e sottolineando la disponibilità ad ulteriori incontri in tempi rapidi:

- per motivare ulteriormente la proposta di Specializzazione nell'assistenza infermieristica;
- per delineare quanto inerente la figura dell'Infermiere pediatrico stante la scarsa chiarezza giuridica sottesa all'ipotesi di "accorpamento" del profilo DM 739/94 e DM 70/97;
- per ridefinire i contenuti degli allegati alla bozza di documento predisposta dal Tavolo tecnico;
- per delineare una modalità creditizia per interrelare i luoghi di formazione coerentemente con quanto indicato nella relazione "Evoluzione delle competenze infermieristiche" (pag. 7 - A partire dalle funzioni definite dal profilo professionale DM 739/94 l'infermiere specialista utilizza le conoscenze ed abilità avanzate acquisite nell'area di specializzazione scelta, attraverso percorsi formativi che si declinano: a) nell'ambito universitario quando inseriscono - b) nell'ambito regionalizzazionale quando intendono mantenere, aggiornare o implementare ...).

Il dr. Totiolo:

- ha manifestato la disponibilità ad emendare gli allegati del documento predisposto dal Tavolo tecnico con l'intento di trovare un equilibrio tra i diversi contributi;
- ha confermato che gli "accorpamenti semplificativi" tra profili verranno fatti e che tali accorpamenti riguarderanno non solo tutti gli attuali profili sanitari ma anche le specializzazioni dei medici;
- ha manifestato la disponibilità a procedere con l'(eventuale - per noi) accorpamento di infermiere e infermiere pediatrico quando si procederà per le altre professioni;
- ha confermato l'indisponibilità delle Regioni (già evidente nel documento predisposto dal Tavolo tecnico) all'istituzione delle specializzazioni sia perché argomento inerente il MIUR e non il Ministero della salute/Regioni, sia per l'allungamento dei tempi che ne deriverebbe;
- ha però manifestato una qualche apertura attraverso l'impegno ad una riflessione sulla modalità creditizia di cui al punto d).

La FNC:

- ha fortemente e ripetutamente ribadito la richiesta di procedere verso l'attivazione delle specializzazioni stante l'esistenza della L.4306;
- ha chiamato in causa più volte il Ministero della salute per intervenire sul MIUR;
- ha ribadito la disponibilità ad ulteriori incontri in tempi rapidi per trovare un punto di accordo.

Ciò stante si chiede ai Presidenti in indirizzo di contribuire al "pressing" già in atto da parte del Comitato Centrale per addivenire al risultato auspicato, intervenendo sulle rispettive Regioni.

Nel chiedere altresì che ogni notizia di interesse venga rapidamente comunicata al CC che purimenti invierà notizie di merito, si inviano cordiali saluti

La presidente
Annalisa Di Pietro





La seconda bozza del documento luglio 2012



In questa sezione è pubblicata l'ultima versione della bozza del documento prodotta dal Tavolo Ministero Regioni alla data del 3 luglio.

Nota tecnica:

Tale documento rappresenta ancora una bozza in fase di discussione; per questi motivi potrebbe subire ulteriori modifiche e variazioni.

Le prime due parti del documento sono pubblicate con le osservazioni fatte dalla Federazione Nazionale IPASVI, mentre gli allegati tecnici sono quelli diffusi il 3 luglio direttamente da alcuni componenti del tavolo ministeriale.

Bozza di accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico.

Versione Ministero

VISTI gli articoli 2, comma 2, lett. B) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

VISTO il D.M. 14 settembre 1994, n. 739, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere";

VISTO il D.M. 17 gennaio 1997, n. 70, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico";

VISTA la legge 26 febbraio 1999 n. 42, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie";

VISTA la legge 10 agosto 2000 n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica";

TENUTO CONTO del riparto di competenze fra Stato e Regioni, così come delineato dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, che ha modificato il Titolo V della Costituzione;

TENUTO CONTO che il PSN 2012-2014, la cui proposta è stata approvata dalla Conferenza Stato-Regioni, al punto 1.6 prevede lo sviluppo di nuove competenze e responsabilità da parte delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, consolidando quanto già in atto nel nostro Paese ed uniformandosi così agli altri sistemi europei;

VISTA la richiesta inoltrata dalla Commissione Salute per il tramite della Regione del Veneto, coordinatrice della stessa, all'attenzione del Ministero della Salute con nota prot. 458704 del 5/10/2011 di avviare un tavolo congiunto per la verifica dei profili professionali sanitari esistenti in un'ottica di ampliamento delle competenze dei professionisti;

RAVVISATA l'esigenza del Ministero della Salute e delle Regioni di promuovere la diffusione sul territorio nazionale di modelli organizzativi e professionali, positivamente sperimentati e già patrimonio condiviso in alcune regioni;

CONSIDERATO che il Ministero della Salute ha concordato sulla necessità di ampliare le competenze dei professionisti della sanità e di prevedere l'istituzione di aree di specializzazione in attuazione dell'art. 6 legge 43;

CONSIDERATA la costante e profonda evoluzione nei settori scientifico, epidemiologico, demografico, formativo/professionale nonché lo sviluppo dell'informatizzazione e delle tecnologie con conseguente rimodulazione dei processi assistenziali e dei modelli organizzativi in ambito sanitario e socio sanitario;

TENUTO CONTO delle osservazioni espresse dalle rappresentanze professionali interessate;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo e le Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, nei seguenti termini:

Art. 1 (Oggetto e definizioni)

1. Il presente Accordo definisce le linee guida valide su tutto il territorio nazionale per l'avanzamento delle competenze dell'infermiere al fine di favorire lo sviluppo di ulteriori funzioni in correlazione con gli obiettivi di prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale;

Proposte FNC IPASVI

VISTI gli articoli 2, comma 2, lett. B) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

VISTO il D.M. 14 settembre 1994, n. 739, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere";

VISTO il D.M. 17 gennaio 1997, n. 70, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico";

VISTA la legge 26 febbraio 1999 n. 42, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie";

VISTA la legge 10 agosto 2000 n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica";

TENUTO CONTO del riparto di competenze fra Stato e Regioni, così come delineato dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, che ha modificato il Titolo V della Costituzione;

TENUTO CONTO che il PSN 2012-2014, la cui proposta è stata approvata dalla Conferenza Stato-Regioni, al punto 1.6 prevede lo sviluppo di nuove competenze e responsabilità da parte delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, consolidando quanto già in atto nel nostro Paese ed uniformandosi così agli altri sistemi europei;

VISTA la richiesta inoltrata dalla Commissione Salute per il tramite della Regione del Veneto, coordinatrice della stessa, all'attenzione del Ministero della Salute con nota prot. 458704 del 5/10/2011 di avviare un tavolo congiunto per la verifica dei profili professionali sanitari esistenti in un'ottica di ampliamento delle competenze dei professionisti;

RAVVISATA l'esigenza del Ministero della Salute e delle Regioni di promuovere la diffusione sul territorio nazionale di modelli organizzativi e professionali, positivamente sperimentati e già patrimonio condiviso in alcune regioni;

CONSIDERATO che il Ministero della Salute ha concordato sulla necessità di ampliare le competenze dei professionisti della sanità e di prevedere l'istituzione di aree di specializzazione in attuazione dell'art. 6 legge 43/2006;

CONSIDERATA la costante e profonda evoluzione nei settori scientifico, epidemiologico, demografico, formativo/professionale nonché lo sviluppo dell'informatizzazione e delle tecnologie con conseguente rimodulazione dei processi assistenziali e dei modelli organizzativi in ambito sanitario e socio sanitario;

TENUTO CONTO delle osservazioni espresse dalle rappresentanze professionali interessate;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo e le Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, nei seguenti termini:

Art. 1 (Oggetto e definizioni)

1. Il presente Accordo definisce le linee guida valide su tutto il territorio nazionale per l'avanzamento delle competenze dell'infermiere al fine di favorire lo sviluppo di ulteriori funzioni in correlazione con gli obiettivi di prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale;



2. Le regioni e le province autonome, acquisito il parere delle rappresentanze professionali e sindacali, attuano le linee guida di cui al comma precedente, in relazione alle esigenze territoriali ed al fabbisogno di infermieri esperti definendone il processo di accreditamento professionale.
3. Le aziende e le altre istituzioni sanitarie e socio-sanitarie, con successivo provvedimento, definiscono i percorsi attuativi, favorendo la partecipazione e la condivisione delle professioni interessate.

Art. 2 (Aree di intervento)

Sono individuate sei aree di intervento:

AREA CURE PRIMARIE (cronicità/fragilità, sanità pubblica, continuità)

AREA INTENSIVA E DELL'EMERGENZA URGENZA

AREA MEDICA (oncologia, pneumologia)

AREA CHIRURGICA

AREA NEONATOLOGICA E PEDIATRICA

AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

L'allegato tecnico costituisce quadro di riferimento nella individuazione delle competenze professionali da sviluppare in ciascuna area di intervento.

Art. 3 (Formazione)

1. Nell'ambito di quanto stabilito all'art. 1 è prevista una formazione complementare modulare, post laurea, sulla base di programmi definiti tra Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome, da svolgersi nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale;
2. Sulla base dei pareri espressi, è istituito presso il Ministero della Salute l'osservatorio dei percorsi formativi e delle buone pratiche;
3. Con successivo provvedimento del Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica di concerto con il Ministero della Salute, e d'intesa con le Regioni e Province Autonome, saranno rivisitati i piani di studio della Laurea in Infermieristica, della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e dei Master universitari di I e II livello ivi compresa l'istituzione delle specializzazioni infermieristiche in attuazione dell'art. 6 punto 1 comma c della legge 43/06.

Art. 4 (Invarianza)

Dal presente accordo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

2. Le regioni e le province autonome, acquisito il parere delle rappresentanze professionali e sindacali, attuano le linee guida di cui al comma precedente, in relazione alle esigenze territoriali ed al fabbisogno di infermieri esperti definendone il processo di accreditamento professionale.
3. Le aziende e le altre istituzioni sanitarie e socio-sanitarie, con successivo provvedimento, definiscono i percorsi attuativi, favorendo con la partecipazione e la condivisione delle rappresentanze professionali interessate.

Art. 2 (Aree di intervento)

Sono individuate sei aree di intervento:

AREA CURE PRIMARIE (cronicità/fragilità, sanità pubblica, continuità)

AREA INTENSIVA E DELL'EMERGENZA URGENZA

AREA MEDICA (oncologia, pneumologia)

AREA CHIRURGICA

AREA NEONATOLOGICA E PEDIATRICA

AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

L'allegato tecnico costituisce quadro di riferimento nella individuazione delle competenze professionali da sviluppare in ciascuna area di intervento.

Art. 3 (Formazione)

1. Nell'ambito di quanto stabilito all'art. 1 è prevista una formazione complementare modulare, post laurea nelle aree di cui all'art. 2, sulla base di programmi definiti tra Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome, da svolgersi nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale;
2. Con successivo provvedimento, da emanarsi entro 12 mesi dalla data di definizione del presente Accordo, del Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica di concerto con il Ministero della Salute, e d'intesa con le Regioni e Province Autonome, saranno:
 - a) definiti i piani di studio dei Master universitari inerenti le specializzazioni infermieristiche nelle aree di cui all'art. 2 del presente accordo;
 - b) indicati i criteri per il riconoscimento dei CFU da attribuire ai moduli di formazione complementare di cui al comma 1 del presente articolo ai fini della acquisizione della specializzazione infermieristica;
 - c) rivisitati i piani di studio della Laurea in Infermieristica e della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche. rivisitati i piani di studio della Laurea in Infermieristica della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e dei Master universitari di I e II livello ivi compresa l'istituzione delle specializzazioni infermieristiche in attuazione dell'art. 6 punto 1 comma c della legge 43/06.
3. Sulla base dei pareri espressi, è istituito presso il Ministero della Salute l'osservatorio dei percorsi formativi e delle buone pratiche.

Art. 4 (Invarianza)

Dal presente accordo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.



EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Tavolo Ministero

Nel contesto del servizio sanitario nazionale e in modo più estensivo nell'assistenza alla persona, si sta assistendo ad una significativa evoluzione delle componenti organizzativo-assistenziali conseguenti all'oggettivo manifestarsi di alcuni fenomeni, legati in particolare, all'aumento dell'età media della popolazione con fragilità e malattie cronicodegenerative, a cui si associa la costante e profonda evoluzione scientifica e tecnologica. Ciò, rende necessario riorganizzare gli ambiti di cura e di assistenza, perseguendo processi basati sulla continuità, data dai percorsi assistenziali tendendo, da un lato, a standardizzare e sistematizzare le principali prestazioni e, dall'altro, ponendo le basi per la personalizzazione dell'assistenza. Il generarsi con forza di nuove esigenze nell'istituire servizi, rivisitare luoghi di cura, sia ospedalieri che territoriali, rende peculiare la modificazione del ruolo professionale, dato dalle competenze, abilità e capacità dell'infermiere.

La ridefinizione degli ambiti di attività con modalità multiprofessionali, e il conseguente ampliamento delle competenze/responsabilità acquisite nel percorso formativo - laurea triennale, laurea magistrale, master di I e II livello, percorsi formativi modulari strutturati dalle Regioni in base a specifiche esigenze - costituisce l'ambito di azione e lo spazio istituzionale in cui proporre le necessarie modifiche. Le sfide che dovranno essere affrontate nell'immediato futuro dal Sistema Sanitario (sostenibilità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza, consenso) inducono ad affrontare alcuni nodi problematici al fine di contemperare il raggiungimento degli obiettivi di sistema indicati nel PSN e dai rispettivi Piani Sanitari Regionali.

Investire nella professione infermieristica ponendo le basi per una nuova autonomia e responsabilità professionale, consente di favorire un sistema professionale capace di sostenere e soddisfare le esigenze dei servizi e della popolazione. Uno dei più significativi determinanti del buon andamento/qualità dei servizi sanitari e socio sanitari è costituito dall'insieme degli operatori che, costituendo l'interfaccia principale tra il sistema e i cittadini, assumono un ruolo centrale 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. Il riorientamento della formazione deve essere centrato sullo sviluppo di piani di studio, programmi di formazione, basati sulle competenze, orientati alla comunità. Rivolti allo studente e alla soluzione dei problemi di salute e dei servizi. I livelli di formazione curriculare universitaria (laurea, master e laurea magistrale) devono basarsi su modelli di apprendimento per competenze e tendere a certificare le conoscenze, le abilità e i comportamenti del professionista in linea con quanto previsto del "processo di Bologna".

Il quadro normativo delle professioni infermieristiche

L'evoluzione delle professioni infermieristiche (d'ora in poi: la professione) vede il suo inizio con il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 che, nell'adeguare l'impianto del SSN nato dalla legge 833/78, trasferisce la formazione infermieristica dalla sede regionale a quella universitaria e statuisce che la conseguente ridefinizione del profilo professionale dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico dovrà aversi tramite specifico decreto del Ministero della sanità (ora Ministero della Salute).

Il Ministero della Sanità (ora Ministero della Salute), con Decreto 14/09/1994 n. 739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere", delinea il profilo professionale dell'infermiere - che viene definito responsabile dell'assistenza generale infermieristica - e specifica che l'assistenza infermieristica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa.

Il Ministero della Sanità (ora Ministero della Salute), con Decreto 17/01/1997 n. 70 "Regolamento concernente l'individuazione

EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Proposte FNC IPASVI

Nel contesto del servizio sanitario nazionale e in modo più estensivo nell'assistenza alla persona, si sta assistendo ad una significativa evoluzione delle componenti organizzativo-assistenziali conseguenti all'oggettivo manifestarsi di alcuni fenomeni, legati in particolare, all'aumento dell'età media della popolazione con fragilità e malattie cronicodegenerative, a cui si associa la costante e profonda evoluzione scientifica e tecnologica.

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

Il generarsi con forza di nuove esigenze nell'istituire servizi, rivisitare luoghi di cura, sia ospedalieri che territoriali, rende peculiare la modificazione del ruolo professionale, dato dalle competenze, abilità e capacità dell'infermiere. La ridefinizione degli ambiti di attività con modalità multiprofessionali, e il conseguente ampliamento delle competenze/responsabilità acquisite nel percorso formativo - laurea triennale, laurea magistrale, master di primo e secondo livello, percorsi formativi modulari strutturati dalle Regioni in base a specifiche esigenze - costituisce l'ambito di azione e lo spazio istituzionale in cui proporre le necessarie modifiche. Le sfide che dovranno essere affrontate nell'immediato futuro dal Sistema Sanitario (sostenibilità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza, consenso) inducono ad affrontare alcuni nodi problematici al fine di contemperare il raggiungimento degli obiettivi di sistema indicati nel PSN e dai rispettivi Piani Sanitari Regionali. Investire nella professione infermieristica ponendo le basi per una nuova autonomia e responsabilità professionale, consente di favorire un sistema professionale capace di sostenere e soddisfare le esigenze dei servizi e della popolazione. Uno dei più significativi determinanti del buon andamento/qualità dei servizi sanitari e socio sanitari è costituito dall'insieme degli operatori che, costituendo l'interfaccia principale tra il sistema e i cittadini, assumono un ruolo centrale 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. Il riorientamento della formazione deve essere centrato sullo sviluppo di piani di studio, programmi di formazione, basati sulle competenze, orientati alla comunità. Rivolti allo studente e alla soluzione dei problemi di salute e dei servizi. I livelli di formazione curriculare universitaria (laurea, master e laurea magistrale) devono basarsi su modelli di apprendimento per competenze e tendere a certificare le conoscenze, le abilità e i comportamenti del professionista in linea con quanto previsto del "processo di Bologna".

Il quadro normativo delle professioni infermieristiche

L'evoluzione delle professioni infermieristiche (d'ora in poi: la professione) vede il suo inizio con il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 che, nell'adeguare l'impianto del SSN nato dalla legge 833/78, trasferisce la formazione infermieristica dalla sede regionale a quella universitaria e statuisce che la conseguente ridefinizione del profilo professionale dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico dovrà aversi tramite specifico decreto del Ministero della Sanità (ora Ministero della Salute).

Il Ministero della Sanità (ora Ministero della Salute), con Decreto 14/09/1994 n. 739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere", delinea il profilo professionale dell'infermiere - che viene definito responsabile dell'assistenza generale infermieristica - e specifica che l'assistenza infermieristica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa.

Il Ministero della Sanità (ora Ministero della Salute), con Decreto 17/01/1997 n. 70 "Regolamento concernente l'individuazione



della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico", delinea il profilo professionale dell'infermiere pediatrico con funzioni analoghe a quelle dell'infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica, per quanto attiene il neonato, il bambino, l'adolescente.

L'impianto normativo sopra descritto viene successivamente perfezionato:

- dalla legge 26/02/1999 n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che sancisce che quella infermieristica è una professione sanitaria a tutto tondo e che "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali".
- dalla legge 10 agosto 2000 n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" che all'art. 1, comma 1,2 e 3 recita:
 1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.
 2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea.
 3. Il Ministero della Sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:
 - a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;
 - b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata".
- dalla legge n. 43/2006 "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" che all'art. 6 recita: "art. 6 (Istituzione della figura di coordinamento), comma 1: In conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari disciplinato ai sensi dell'art. 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie di cui all'art. 1, comma 1, della presente legge, è articolato come segue:
 - a) omissis;
 - b) omissis;
 - c) professionisti specialisti in possesso di master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'art. 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'art. 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;
 - d) omissis.

della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico", delinea il profilo professionale dell'infermiere pediatrico con funzioni analoghe a quelle dell'infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica, per quanto attiene il neonato, il bambino, l'adolescente.

L'impianto normativo sopra descritto viene successivamente perfezionato:

- dalla legge 26/02/1999 n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che sancisce che quella infermieristica è una professione sanitaria a tutto tondo e che "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali".
- dalla legge 10 agosto 2000 n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" che all'art. 1, comma 1,2 e 3 recita:
 1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.
 2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea.
 3. Il Ministero della Sanità, previo parere della conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:
 - c) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;
 - d) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata".
- dalla legge n. 43/2006 "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" che all'art. 6 recita: "art. 6 (Istituzione della figura di coordinamento), comma 1: In conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari disciplinato ai sensi dell'art. 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie di cui all'art. 1 comma 1, della presente legge, è articolato come segue:
 - a) omissis;
 - b) omissis;
 - c) professionisti specialisti in possesso di master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'art. 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'art. 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;
 - d) omissis.



Per effetto del su riportato quadro normativo è dato osservare che:

- a) le professioni infermieristiche sono professioni autonome (art. 1 L. n. 42/1999 e art. 1, comma 1 L. 251/2000), essendo stata abrogata la definizione di "professione sanitaria ausiliaria" ex art. 1, comma 1;
- b) l'oggetto della professione è costituito dalle "attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva" (art. 1, comma 1 L. n. 251/2000);
- c) le funzioni proprie della professione sono definite "dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, dai contenuti degli ordinamenti didattici, nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza" (art. 1, comma 1 L. 251/2000);
- d) ulteriori funzioni possono essere stabilite dallo Stato e dalle Regioni "nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative";
- e) si definisce specialista (L. 43/06) il professionista in possesso del master universitario per le funzioni specialistiche, con piani di studio concordati con il Ministero dell'Università e della ricerca, il Ministero della salute e delle regioni/provincie autonome, previa definizione delle aree di specializzazione e dei conseguenti fabbisogni;
- f) Si definisce esperto il professionista in possesso di un certificato di competenze in esito ad un percorso formativo della regione/provincia autonoma con l'eventuale contributo delle Università.

Appare evidente che i criteri per la determinazione delle competenze proprie della professione, vengono sostanzialmente individuati:

- a) nel criterio guida - introdotto dall'art. 1, comma 1 Legge n. 251/2000 - che preordina la professione allo svolgimento delle "attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva";
- b) nei criteri limite - previsti dall'art. 1 comma 2 Legge n. 42/1999 e dall'art. 1, comma 1 Legge n. 251/2000 - costituiti dai profili professionali, dall'ordinamento universitario e formativo post-base e dai codici deontologici.

È altresì evidente che i criteri limite di cui alla sopra riportata lett. b) configurano una dinamicità "in progress" di attribuzione di competenze/responsabilità e funzioni, secondo quanto già previsto o potrà essere stabilito da disposizioni normative ed amministrative, preordinate a definire i profili professionali, gli ordinamenti universitari e formativi, le regole deontologiche.

Il tutto è esaltato e rafforzato dalla portata della previsione dell'art. 1, comma 2 L. n. 251/2000 la dove attribuisce espressamente allo Stato e alle Regioni il compito di promuovere, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, "La valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea".

Quanto sopra indica che la valorizzazione e responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo della professione ad opera dell'attività legislativa ed amministrativa dello Stato e delle Regioni, deve essere realizzata alla luce e nel rispetto:

- a) della competenza propria della professione, che si identifica con le "attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva" (art. 1, comma 1 Legge n. 251/2000);
- b) dell'evoluzione dei percorsi formativi definiti dalle istituzioni universitarie e formative per le professioni sanitarie.

La statuizione dell'art. 1 della Legge 42, "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie ... è determina-

Per effetto del su riportato quadro normativo è dato osservare che:

- g) le professioni infermieristiche sono professioni autonome (art. 1 L. n. 42/1999 e art. 1, comma 1 L. 251/2000), essendo stata abrogata la definizione di "professione sanitaria ausiliaria" ex art. 1, comma 1;
- h) l'oggetto della professione è costituito dalle "attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva" (art. 1, comma 1 L. n. 251/2000);
- i) le funzioni proprie della professione sono definite "dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, dai contenuti degli ordinamenti didattici, nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza" (art. 1, comma 1 L. 251/2000);
- j) ulteriori funzioni possono essere stabilite dallo Stato e dalle Regioni "nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative";
- k) si definisce specialista (L. 43/06) il professionista in possesso del master universitario per le funzioni specialistiche, con piani di studio concordati con il Ministero dell'Università e della ricerca, il Ministero della salute e delle regioni/provincie autonome, previa definizione delle aree di specializzazione e dei conseguenti fabbisogni;
- l) si definisce esperto il professionista in possesso di un certificato di competenze in esito ad un percorso formativo della regione/provincia autonoma con l'eventuale contributo delle Università.

Appare evidente che i criteri per la determinazione delle competenze proprie della professione, vengono sostanzialmente individuati:

- c) nel criterio guida - introdotto dall'art. 1, comma 1 Legge n. 251/2000 - che preordina la professione allo svolgimento delle "attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva";
- d) nei criteri limite - previsti dall'art. 1 comma 2 Legge n. 42/1999 e dall'art. 1, comma 1 Legge n. 251/2000 - costituiti dai profili professionali, dall'ordinamento universitario e formativo post-base e dai codici deontologici.

È altresì evidente che i criteri limite di cui alla sopra riportata lett. d) configurano una dinamicità "in progress" di attribuzione di competenze/responsabilità e funzioni, secondo quanto già previsto o potrà essere stabilito da disposizioni normative ed amministrative, preordinate a definire i profili professionali, gli ordinamenti universitari e formativi, le regole deontologiche.

Il tutto è esaltato e rafforzato dalla portata della previsione dell'art. 1, comma 2 L. n. 251/2000 la dove attribuisce espressamente allo Stato e alle Regioni il compito di promuovere, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, "La valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea".

Quanto sopra indica che la valorizzazione e responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo della professione ad opera dell'attività legislativa ed amministrativa dello Stato e delle Regioni, deve essere realizzata alla luce e nel rispetto:

- a) della competenza propria della professione, che si identifica con le "attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva" (art. 1, comma 1 Legge n. 251/2000);
- b) dell'evoluzione dei percorsi formativi definiti dalle istituzioni universitarie e formative **accreditate dalla regione** per le professioni sanitarie.

La statuizione dell'art. 1 della Legge 42, "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie ... è determina-



to dai contenuti dei decreti ministeriali ... fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario ... nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali" ha provocato, anche recentemente, un significativo dibattito tra la professione infermieristica e quella medica soprattutto per quanto concerne la ridefinizione dei campi di attività e delle competenze/responsabilità indicate nei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), la continuità dell'assistenza e la presa in carico territoriale di numerose tipologie di pazienti, l'innovazione dell'organizzazione del lavoro.

In considerazione della complessità quotidiana del funzionamento degli ospedali, dei servizi sanitari e socio sanitari territoriali e della necessaria innovazione dei processi dell'organizzazione e dei percorsi clinicoassistenziali-riabilitativi si pone, con evidenza, la necessità del lavoro interdisciplinare e multiprofessionale all'interno delle attività clinico assistenziali dirette alla tutela della salute degli individui e della collettività.

Tale scenario richiede l'acquisizione di saperi elevati per ciascuna professione delle equipe e competenze agite in una logica di integrazione, collaborazione e cooperazione tra professionisti e non solo dell'area sanitaria.

Metodo di lavoro: partecipazione, comprensione e condivisione

Un esercizio professionale flessibile, dinamico ed integrato rende necessaria l'innovazione dei rapporti tra le diverse professionalità sanitarie e socio-sanitarie e di organizzare i processi produttivi anche definendo e ridefinendo "in progress" spazi e attività che arricchiscono le competenze distintive di ogni professione che in tal modo garantisce valore aggiunto ai processi di cura ed assistenza.

Allo scopo diviene rilevante la capacità di relazionarsi proattivamente nell'intento di fornire appropriate prestazioni e costruire un clima lavorativo che favorisca comprensione, partecipazione e riconoscimento/valorizzazione di ogni specifico apporto professionale.

Nell'ottica di cui sopra, diviene fondamentale che la politica orienti azioni programmatiche e piani di studio che valorizzino i concetti precedentemente illustrati; nel contempo diviene fondamentale anche che i Ministeri, in condivisione con le Regioni, producano atti e strumenti di pianificazione, attuazione e valutazione dell'impatto di tali innovazioni sulla salute dei cittadini e sulla sostenibilità economica.

Gli strumenti operativi

Per attuare quanto disposto dal presente documento risulta necessaria l'innovazione e la ridefinizione delle competenze del profilo professionale dell'infermiere veicolata da strumenti operativi quali, ad esempio:

- indirizzi generali nel nuovo Patto salute;
- accordo Stato - Regioni che fornisce indirizzi per la gestione del sistema salute e dello sviluppo professionale;
- provvedimenti di Giunta Regionale per l'implementazione di modelli organizzativi basati sull'intensità di cura e la complessità assistenziale sia a livello ospedaliero che dei servizi territoriali;
- percorsi attuativi definiti da aziende ed altre istituzioni sanitarie e socio-sanitarie finalizzati alla condivisione e partecipazione delle professionalità interessate nonché alla definizione di criteri relativi alla determinazione del fabbisogno di infermieri esperti;
- decreti di Giunta Regionale per l'individuazione e attivazione di percorsi formativi professionalizzanti nell'ambito dei Sistemi Sanitari regionali;
- accordi fra Università e Regione per l'attivazione dei corsi di studio universitari di scienze infermieristiche;
 - indirizzi interministeriali per la ridefinizione dei piani di studio curricolari della laurea triennale e magistrale;
 - linee guida allegate al Piano Sanitario Nazionale o ai Piani Sanitari Regionali o Piani Socio Sanitari Regionali;
 - linee progettuali/sperimentali nazionali o regionali per

to dai contenuti dei decreti ministeriali ... fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario ... nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali" ha provocato, anche recentemente, un significativo dibattito tra la professione infermieristica e quella medica soprattutto per quanto concerne la ridefinizione dei campi di attività e delle competenze/responsabilità indicate nei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), la continuità dell'assistenza e la presa in carico territoriale di numerose tipologie di pazienti, l'innovazione dell'organizzazione del lavoro.

In considerazione della complessità quotidiana del funzionamento degli ospedali, dei servizi sanitari e socio sanitari territoriali e della necessaria innovazione dei processi dell'organizzazione e dei percorsi clinicoassistenziali-riabilitativi si pone, con evidenza, la necessità del lavoro interdisciplinare e multi professionale all'interno delle attività clinico assistenziali dirette alla tutela della salute degli individui e della collettività.

Tale scenario richiede l'acquisizione di saperi elevati per ciascuna professione delle equipe e competenze agite in una logica di integrazione, collaborazione e cooperazione tra professionisti e non solo dell'area sanitaria.

Metodo di lavoro: partecipazione, comprensione e condivisione

Un esercizio professionale flessibile, dinamico ed integrato rende necessaria l'innovazione dei rapporti tra le diverse professionalità sanitarie e socio-sanitarie e di organizzare i processi produttivi anche definendo e ridefinendo "in progress" spazi e attività che arricchiscono le competenze distintive di ogni professione che in tal modo garantisce valore aggiunto ai processi di cura ed assistenza.

Allo scopo diviene rilevante la capacità di relazionarsi proattivamente nell'intento di fornire appropriate prestazioni e costruire un clima lavorativo che favorisca comprensione, partecipazione e riconoscimento/valorizzazione di ogni specifico apporto professionale.

Nell'ottica di cui sopra, diviene fondamentale che la politica orienti azioni programmatiche e piani di studio che valorizzino i concetti precedentemente illustrati; nel contempo diviene fondamentale anche che i Ministeri, in condivisione con le Regioni, producano atti e strumenti di pianificazione, attuazione e valutazione dell'impatto di tali innovazioni sulla salute dei cittadini e sulla sostenibilità economica.

Gli strumenti operativi

Per attuare quanto disposto dal presente documento risulta necessaria l'innovazione e la ridefinizione delle competenze del ~~profilo professionale~~ dell'infermiere veicolata da strumenti operativi quali, ad esempio:

- indirizzi generali nel nuovo Patto salute;
- accordo Stato - Regioni che fornisce indirizzi per la gestione del sistema salute e dello sviluppo professionale **anche attraverso la definizione dei criteri per la determinazione del fabbisogno di infermieri specialisti;**
- provvedimenti di Giunta Regionale per l'implementazione di modelli organizzativi basati sull'intensità di cura e la complessità assistenziale sia a livello ospedaliero che dei servizi territoriali;
- percorsi attuativi definiti da aziende ed altre istituzioni sanitarie e socio-sanitarie finalizzati alla condivisione e partecipazione delle professionalità interessate nonché alla definizione di criteri relativi alla determinazione del fabbisogno di infermieri esperti;
- decreti di Giunta Regionale per l'individuazione e attivazione di percorsi formativi professionalizzanti nell'ambito dei Sistemi Sanitari regionali;
- accordi fra Università e Regione per l'attivazione dei corsi di studio universitari **di specializzazione nelle** scienze infermieristiche;
 - indirizzi interministeriali per la ridefinizione dei piani di studio curricolari della laurea triennale e magistrale;



- determinati campi di attività, o per percorsi diagnostico terapeutico assistenziali o processi clinico assistenziali;
- tassonomie di competenze da svilupparsi nei percorsi di studio e certificate anche in aderenza agli standard europei definite dal Ministero della Salute e dalla Conferenza Stato Regioni.

La ridefinizione, l'implementazione e l'approfondimento delle competenze e responsabilità professionali degli infermieri riguarda, in prima fase, le competenze che possono essere esercitate, dando atto agli strumenti sopra presentati, nelle seguenti aree professionali:

- Area cure primarie (cronicità/fragilità, sanità pubblica, continuità);
- Area intensiva e dell'emergenza urgenza;
- Area medica (oncologica, pneumologica);
- Area chirurgica;
- Area neonatologica e pediatrica;
- Area salute mentale e dipendenze.

La declinazione delle competenze di ciascuna area è specificata nell'allegato tecnico che è parte integrante del presente documento.

Quanto rappresentato fonda il proprio razionale attraverso una visione integrata delle seguenti componenti:

- Contrattuale: dove porre in essere un sistema di flessibile dinamicità. Escludendo ingessature organizzative, nelle progressioni di carriera e favorendo meccanismi di valorizzazione professionale capaci di riconoscere il valore e il contributo posto da parte del singolo professionista nel processo assistenziale/organizzativo per il tempo di effettivo e positivo esercizio della competenza;
- Formativa regionale: dove attivare una formazione finalizzata all'avanzamento delle competenze dell'infermiere (infermiere esperto). I programmi di formazione possono essere valutati ai fini del riconoscimento dei CFU (Crediti Formativi Universitari) tramite preventivo accordo con l'Università;
- Formativa curriculare universitaria dove ridefinire i piani di studio della laurea triennale e magistrale nonché dei master condivisi in accordi tra ministeri e regioni al fine di rispondere alle necessità di sviluppo della professione infermieristica percorrendo in tal modo positive esperienze già mature in ambito internazionale;
- Nella definizione dei nuovi percorsi formativi è essenziale una forte integrazione fra l'Università e il SSR affinché la formazione universitaria faccia proprie le necessità che nascono sia dall'evoluzione dei sistemi sanitari sia dalla necessità di sviluppare competenze professionalizzanti;
- Accreditazione professionale sui diversi livelli di carriera finalizzato allo sviluppo di un sistema di garanzia per il professionista e il cittadino basato sulla certificazione delle competenze del singolo;
- Sistema di certificazione delle competenze a livello di ogni regione e provincia autonoma per garantire coerenza tra lo sviluppo del Sistema Salute e la capacità dei professionisti di rispondere in termini di performance adeguate.

- linee guida allegate al Piano Sanitario Nazionale o ai Piani Sanitari Regionali o Piani Socio Sanitari Regionali;
- linee progettuali/sperimentali nazionali o regionali per determinati campi di attività, o per percorsi diagnostico terapeutico assistenziali o processi clinico assistenziali;
- tassonomie di competenze da svilupparsi nei percorsi di studio e certificate anche in aderenza agli standard europei definite dal Ministero della Salute e dalla Conferenza Stato Regioni.

La ridefinizione, l'implementazione e l'approfondimento delle competenze e responsabilità professionali degli infermieri riguarda, in prima fase, le competenze che possono essere esercitate, dando atto agli strumenti sopra presentati, nelle seguenti aree professionali:

- Area cure primarie (cronicità/fragilità, sanità pubblica, continuità);
- Area intensiva e dell'emergenza urgenza
- Area medica (oncologica, pneumologica);
- Area chirurgica;
- Area neonatologica e pediatrica;
- Area salute mentale e dipendenze.

La declinazione delle competenze di ciascuna area è specificata nell'allegato tecnico che è parte integrante del presente documento.

Quanto rappresentato fonda il proprio razionale attraverso una visione integrata delle seguenti componenti:

- Contrattuale: dove porre in essere un sistema di flessibile dinamicità. Escludendo ingessature organizzative, nelle progressioni di carriera e favorendo meccanismi di valorizzazione professionale capaci di riconoscere il valore e il contributo posto da parte del singolo professionista nel processo assistenziale/organizzativo per il tempo di effettivo e positivo esercizio della competenza;
- Formativa regionale: dove attivare una formazione finalizzata all'avanzamento delle competenze dell'infermiere (infermiere esperto). I programmi di formazione ~~possono essere~~ **modulare complementare** sono valutati ai fini del riconoscimento dei CFU (Crediti Formativi Universitari) tramite preventivo accordo con l'Università;
- Formativa curriculare universitaria dove ridefinire i piani di studio della laurea triennale e magistrale nonché dei master **di specializzazione** condivisi in accordi tra ministeri e regioni al fine di rispondere alle necessità di sviluppo della professione infermieristica (**infermiere specialista**) percorrendo in tal modo positive esperienze già mature in ambito internazionale;
- Nella definizione dei nuovi percorsi formativi è essenziale una forte integrazione fra l'Università e il SSR affinché la formazione universitaria faccia proprie le necessità che nascono sia dall'evoluzione dei sistemi sanitari sia dalla necessità di sviluppare competenze professionalizzanti;
- Accreditazione professionale sui diversi livelli di carriera finalizzato allo sviluppo di un sistema di garanzia per il professionista e il cittadino basato sulla certificazione delle competenze del singolo;
- Sistema di certificazione delle competenze a livello di ogni Regione e provincia Autonoma per garantire coerenza tra lo sviluppo del sistema salute e la capacità dei professionisti di rispondere in termini di performance adeguate.



ALLEGATI AREE TEMATICHE

Tali allegati, sintesi del lavoro elaborato dal Ministero della Salute-Regioni/Province Autonome, costituiscono quadro riferimento nella definizione dei profili di competenza riferibili all'infermiere "Esperto". Si basano su un metodo di analisi sperimentato in alcune regioni. I profili descritti, possono determinare il fabbisogno di più infermieri esperti in relazione al modello adottato nello specifico contesto organizzativo.

- Allegato 1: competenze tecnico professionali trasversali alle sei aree tematiche;
- Allegato 2: AREA CURE PRIMARIE (INFIERMIERE DI COMUNITÀ FAMIGLIA);
- Allegato 3: AREA INTENSIVA E DELL'EMERGENZA URGENZA;
- Allegato 4: AREA MEDICA;
- Allegato 5: AREA CHIRURGICA;
- Allegato 6: AREA NEONATOLOGICA E PEDIATRICA;
- Allegato 7: AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE.

ALLEGATO N. 1 COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI TRASVERSALI ALL'AREA SANITARIA

Tali competenze sono trasversali all'area sanitaria e sono da sviluppare nell'ambito delle aree tematiche di seguito specificate per l'infermiere esperto.

Competenze
Tecnico
Professionali
Trasversali all'area
sanitaria

1 GESTIONE

1.1 Pianificare il lavoro

- 1.1.1 Individuare gli obiettivi di salute in relazione alle risorse disponibili in collaborazione con altri profili;
- 1.1.2 Analizzare criticamente gli aspetti etici legati al proprio profilo;
- 1.1.3 Coordinare l'operato di più professionisti attraverso la conduzione efficace del gruppo di lavoro;
- 1.1.5 Partecipare al processo di technology assessment;
- 1.1.6 Gestire le apparecchiature elettromedicali e videoscopiche in termini di appropriatezza e sicurezza;
- 1.1.7 Promuovere la reingegnerizzazione dei processi.

1.2 Analizzare il contesto socio-sanitario

- 1.2.1 Individuare i principali modelli sanitari;
- 1.2.2 Analizzare i processi di cambiamento istituzionale e organizzativo del SSN PSSIR PAL

2 FORMAZIONE

2.1 Sviluppare percorsi formativi nel gruppo di lavoro

- 2.1.1 Rilevare il gap formativo del proprio gruppo di lavoro;
- 2.1.2 Elaborare un progetto formativo e condurre l'incontro formativo;
- 2.1.3 Facilitare l'apprendimento dei discenti tramite sistemi innovativi;
- 2.1.4 Valutare l'efficacia della formazione a livello organizzativo in collaborazione con il formatore.

2.2 Gestire l'ambito di apprendimento

- 2.2.1 Progettare percorsi di tirocinio in collaborazione con il formatore;
- 2.2.2 Valutare percorsi di tirocinio in collaborazione con il formatore;
- 2.2.3 Effettuare tutorato clinico a studenti del proprio profilo o di operatori di supporto;
- 2.2.4 Facilitare l'inserimento del personale di nuova assegnazione;
- 2.2.5 Facilitare l'applicazione delle competenze di contesto.

3 QUALITÀ E SICUREZZA

3.1 Analizzare i percorsi per la qualità

- 3.1.1 Identificare aree di miglioramento della qualità dell'assistenza;
- 3.1.2 Promuovere progetti di miglioramento;
- 3.1.3 Elaborare un progetto di miglioramento;
- 3.1.4 Utilizzare i sistemi informativi/informatici per la raccolta e analisi dei dati;
- 3.1.5 Definire standard e indicatori di efficacia e efficienza in termini di struttura processo ed esito;
- 3.1.6 Utilizzare gli indicatori di efficacia ed efficienza dei servizi sanitari;



Competenze
Tecnico
Professionali
Trasversali all'area
sanitaria

- 3.1.7 Valutare il funzionamento dei servizi coinvolgendo la cittadinanza;
- 3.1.8 Implementare le buone pratiche.

3.2 Gestire il rischio clinico

- 3.2.1 Gestire gli strumenti di analisi proattiva e reattiva;
- 3.2.2 Partecipare alla elaborazione della mappa del rischio nei contesti operativi di pertinenza;
- 3.2.4 Applicare strumenti metodologie per la gestione del rischio clinico in condivisione con l'equipe multidisciplinare;
- 3.2.5 Partecipare alla realizzazione di audit multidisciplinari;
- 3.2.6 Partecipare alla gestione del Mortality & Morbidity Review come strumento di miglioramento per il raggiungimento di standard clinico-assistenziali attesi

4 RICERCA APPLICATA

4.1 Sviluppare Progetti di Ricerca

- 4.1.1 Leggere i fenomeni e i bisogni di comunità e identificare specifici problemi e aree di ricerca e sviluppo;
- 4.1.3 Effettuare la ricerca bibliografica su specifici problemi e aree di interesse;
- 4.1.4 Redigere un protocollo di ricerca in collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare;
- 4.1.5 Partecipare alla realizzare di studi epidemiologici in ambienti di vita e di lavoro in collaborazione con altri professionisti;
- 4.1.6 Verificare l'applicazione dei risultati delle ricerche per ottenere un miglioramento della qualità;
- 4.1.7 Divulgare i risultati delle ricerche all'equipe;
- 4.1.8 Redigere un report di ricerca secondo gli attuali canoni della letteratura scientifica;
- 4.1.9 Analizzare criticamente la letteratura scientifica secondaria, evidenziandone gli elementi di validità per l'applicazione dei risultati nella pratica clinica;
- 4.1.10 Produrre interventi clinico-assistenziali basati sulle indicazioni contenute in linee guida clinico-assistenziali;

5 CONSULENZA

5.1 Fornire il supporto tecnico in qualità di esperto

- 5.1.1 Offrire consulenza su processi ad elevata complessità nei diversi contesti clinici;
- 5.1.2 Redigere un rapporto di consulenza;
- 5.1.3 Utilizzare tecniche di coaching.

50

Agorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

Direttore Responsabile: Stefano Citterio
Comitato di Redazione: Citterio Stefano, Pozzi Paola, Mariella, Ronchetti Oreste, Trombetta Monica
Segreteria di Redazione: Daniela Sereni, Daniela Zanini
Sede, Redazione, Amministrazione: Collegio IPASVI - Viale C. Battisti, 8 - 22100 Como
Proprietario: Collegio IPASVI - Como
Impaginazione e stampa: Elpo Edizioni - Como
 www.elpoedizioni.com
Trimestrale Informativo del Collegio IPASVI di Como - Pubblicazione autorizzata dal Tribunale di Como con decreto 1/98 del 09/02/1998
Per contattarci: tel. 031/300218 - fax 031/262538
 e-mail: info@ipasvicomo.it

Numero chiuso il 11 luglio 2012

INFORMAZIONI SULLE NORME EDITORIALI

"Agorà" Trimestrale informativo del Collegio IPASVI di Como, pubblica contributi inediti (ricerche, esperienze, indagini, approfondimenti, comunicazioni, informative professionali...) nel campo delle scienze infermieristiche generali e cliniche. Il testo dei contributi deve essere dattiloscritto, possibilmente su file (formato Word) ed accompagnato da un breve riassunto (max 200 parole). Le figure e le tabelle devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità e vanno numerate progressivamente e/o accompagnate da didascalie. Vanno indicati con chiarezza, il nome, cognome, qualifica e l'indirizzo di riferimento dell'/degli autore/i. Le note bibliografiche devono essere essenziali e limitate agli autori citati nel testo. Ogni articolo è sotto la diretta responsabilità dell'autore/i ed è sottoposto all'insindacabile giudizio del Comitato di Redazione.

Se lo riterrà opportuno, il Comitato di Redazione proporrà delle modifiche che devono essere accettate dall'autore/i.

La pubblicazione dei contributi non prevede nessun costo per gli autori e parallelamente nessun compenso.

Gli articoli o contributi devono pervenire alla sede del Collegio IPASVI Como, viale C. Battisti, 8 su dischetto in formato Word, oppure via e-mail all'indirizzo info@ipasvicomo.it.

Il Comitato di Redazione ringrazia fin da ora chiunque vorrà contribuire alla continuità ed allo sviluppo della rivista.



ALLEGATO N. 2
 INFERMIERE ESPERTO IN ASSISTENZA - CURE PRIMARIE
 INFERMIERE DI COMUNITÀ - FAMIGLIA

Descrizione della posizione	Infermiere Esperto in Assistenza – Cure Primarie – Infermiere di Comunità-Famiglia
Riferimenti giuridici	DM 739 – Legge 42/99 - Legge 251/2000 – Legge 43/2006
Scopo della Posizione	Garantire le continuità assistenziale nei percorsi ospedale-territorio attraverso modalità di presa in carico delle persona. Ridurre la frammentazione delle cure al fine di migliorare la qualità di vita delle persone assistite, prevenire l'insorgenza di ulteriori disabilità e aumentare la soddisfazione del team multi professionale. Favorire meccanismi di empowerment sia rivolti alle persone assistite che verso gli operatori al fine di realizzare un modello di cura basato sull'autonomia e sulla responsabilità. Garantire la progettazione e realizzazione di programmi di sanità pubblica finalizzati alla promozione degli stili di vita, alle campagne vaccinali e di screening.
Competenze Tecnico-Professionali	<p>1. Gestire i bisogni socio-sanitari delle persone nelle cure primarie con un approccio integrato</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identificare criteri e strumenti per la complessità assistenziale della persona e della famiglia nei loro contesti di vita; 1.2 Utilizzare strumenti standardizzati per l'identificazione precoce di possibili stati patologici (medicina di opportunità e di iniziativa); 1.3 Definire criteri per la classificazione del livello di complessità assistenziale basati sullo stato funzionale cognitivo e di stabilità clinica; 1.4 Individuare i bisogni assistenziali e valutare la loro risoluzione in collaborazione con l'equipe multi professionale; 1.5 Progettare in collaborazione con l'equipe multi professionale il percorso clinico-assistenziale della persona assistita avvalendosi del sistema informativo al fine di garantirne la tracciabilità; 1.6 Progettare in collaborazione con l'equipe multi professionale gli interventi assistenziali per la presa in carico della persona assistita affetta da patologia cronica; 1.7 Realizzare un'assistenza infermieristica centrata sui problemi di salute e le necessità della persona assistita e/o della famiglia in relazione all'età, al grado di autonomia, alla necessità di mantenere e sviluppare legami affettivi e sociali; 1.8 Supportare la persona assistita nel recupero delle autonomie nelle attività di vita quotidiana e nella capacità di relazione; 1.9 Garantire la relazione di aiuto con la persona assistita e con la famiglia per favorire la consapevolezza e la necessità di sostegno nell'impatto con la malattia e il trattamento; 1.10 Trattare in autonomia problemi specifici sulla base di percorsi clinico assistenziali o protocolli condivisi nell'equipe multi professionale; 1.11 Gestire il trattamento farmacologico e le cure palliative secondo protocolli condivisi con l'equipe multi professionale; 1.12 Collaborare all'attività di sorveglianza e farmaco-vigilanza nelle condizioni croniche identificando gli eventuali segnali di destabilizzazioni specifici per ogni patologia; 1.13 Prescrivere sulla base di linee guida regionali presidi e ausili a supporto della dipendenza/non autosufficienza; 1.14 Effettuare sulla base dei protocolli clinico-assistenziali e scale di valutazione condivise, osservazioni, interviste e accertamenti finalizzati alla valutazione del bisogno e a supportare il trattamento; 1.15 Utilizzare supporti informativi per documentare la tracciabilità delle cure e migliorare la continuità assistenziale; 1.16 Utilizzare l'ecografia – doppler vascolare e altri strumenti di diagnostica a sostegno dell'attività assistenziale; 1.17 Mantenere una collaborazione e consultazione costante con il team multidisciplinare per garantire il percorso assistenziale; 1.18 Garantire l'adozione di interventi per prevenire/ ridurre il rischio clinico nel percorso di cura e per contenere gli effetti degli eventi avversi; 1.19 Attuare strategie di counselling e di educazione terapeutica a promozione e sostegno dell'autonomia della persona, della famiglia e delle persone significative di riferimento; 1.20 Facilitare la presa in carico della persona con bisogni complessi in particolare nelle dimissioni difficili, nelle fasi di riattivazione clinico-assistenziale e nel follow-up, anche utilizzando la rete dei servizi di assistenza territoriale; 1.21 Valutare in collaborazione con l'equipe l'appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali e gli esiti delle cure in relazione a standard definiti;



Competenze
Tecnico-
Professionali

2. Gestire il processo infermieristico nell'ambito dei processi di comunità e domiciliarità

- 1.1 Progettare interventi per favorire l'accessibilità ai servizi e favorire lo sviluppo dei processi assistenziali nei contesti di comunità;
- 1.2 Progettare in collaborazione con equipe multidisciplinare e associazione di assistiti programmi di autogestione delle malattie e di educazione terapeutica a categorie di assistiti e loro persone di riferimento;
- 1.3 Individuare i bisogni assistenziali e valutare la loro risoluzione in collaborazione con l'equipe multi professionale;
- 1.4 Progettare in collaborazione con l'equipe multi professionale programmi di screening per le popolazioni a rischio;
- 1.5 Favorire la costruzione della "rete sociale" per facilitare l'inserimento delle persone assistite nel contesto di vita e di lavoro;
- 1.6 Gestire il bilancio di salute in età pediatrica sulla base di protocolli condivisi;
- 1.7 Attuare strategie di counselling e di educazione terapeutica a promozione e sostegno dell'autonomia della persona, della famiglia e delle persone significative di riferimento;
- 1.8 Organizzare campagne vaccinali sulla base delle indicazioni fornite a livello regionale/provinciale;
- 1.9 Organizzare programmi di sorveglianza, prevenzione e di controllo delle infezioni in ogni presidio ospedaliero e/o comunità, orientati sia alla protezione degli assistiti che degli operatori;
- 1.10 Organizzare in collaborazione con l'equipe multi professionale, programmi di sorveglianza, prevenzione e controllo dei rischi di comunità;
- 1.11 Orientare la persona assistita e le sue persone di riferimento verso un appropriato utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- 1.12 Valutare in collaborazione con l'equipe l'appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali e gli esiti delle cure in relazione a standard definiti;

3. Garantire la promozione del processo educativo negli ambienti di vita e di scuola

- 3.1 Realizzare, in collaborazione con gli insegnanti delle scuole, specifici programmi di educazione alla salute rivolti agli studenti per il controllo dei fattori di rischio in rapporto alle fasce d'età;
- 3.2 Educare la persona assistita e la sua famiglia a corrette abitudini di vita, tenendo conto della loro rappresentazione della malattia e delle differenze comportamentali legate alla cultura di appartenenza;
- 3.3 Realizzare interventi educativi rivolti al personale sanitario e socio-sanitario rispetto a tematiche inerenti la promozione, la prevenzione e l'educazione sanitaria;
- 3.4 Realizzare programmi specifici di educazione alla salute rivolti ai giovani per l'informazione dei fattori di rischio delle dipendenze patologiche;
- 3.5 Attuare strategie di counselling, di educazione terapeutica e promozione di stili di vita sani;
- 3.6 Partecipare alla realizzazione d'interventi psico-socio-terapeutici individuali e di gruppo;
- 3.7 Valutare in collaborazione con l'equipe l'appropriatezza dei percorsi educativi e gli esiti in relazione a standard definiti;
- 3.8 Collaborare alla promozione, in collaborazione con altri professionisti di studi epidemiologici in ambienti di vita e di lavoro;
- 3.9 Collaborare alla realizzazione di piani di educazione terapeutica rivolti ai bambini con bisogni complessi in fase di dimissione e alle loro famiglie;

Competenze
Tecnico
Professionali
Trasversali
dell'area
sanitaria

Si rimanda a quanto specificato nell'Allegato 1.



ALLEGATO N. 3
 INFERMIERE ESPERTO IN ASSISTENZA - AREA INTENSIVA
 E DELL'EMERGENZA URGENZA

Descrizione della posizione	Infermiere Esperto in Assistenza - Area Intensiva e dell'Emergenza Urgenza
Riferimenti giuridici	DM 739 –Legge 42/99- Legge 251/2000 – Legge 43/2006
Scopo della Posizione	Migliorare la presa in carico della persona ad alta complessità assistenziale; Garantire appropriatezza di trattamento nei percorsi assistenziali in regime di emergenza-urgenza; Mantenere una elevata qualità della risposta assistenziale nei sistemi di emergenza territoriale e favorire la riduzione dei tempi per il completamento del percorso clinico assistenziale.
Competenze Tecnico-Professionali	<p>1. Gestire processi Assistenziali in Emergenza Urgenza</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identificare criteri e strumenti per la valutazione delle priorità assistenziali della persona in criticità vitali e in condizioni d'instabilità clinica; 1.2 Definire il percorso clinico assistenziale della persona in criticità vitale, instabilità clinica in situazione di emergenza-urgenza e nelle maxi-emergenza secondo protocolli definiti con l'equipe multiprofessionale; 1.3 Pianificare gli interventi infermieristici sulla base delle condizioni cliniche della persona assistita; 1.4 Collaborare con l'equipe multi professionale alla realizzazione dell'assistenza alla persona che richiede monitoraggio avanzato delle funzioni vitali in strutture organizzative intensive o di Emergenza-Urgenza; 1.5 Documentare la tracciabilità delle cure e migliorare la continuità assistenziale attraverso l'utilizzo di supporti informativi; 1.6 Mantenere una collaborazione e consultazione costante con il team multidisciplinare per garantire il percorso assistenziale; 1.7 Garantire livelli adeguati di sicurezza in relazione alle criticità clinico-assistenziali delle persone assistite nel trasporto intra e inter -ospedaliero; 1.8 Valutare in collaborazione con l'equipe l'appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali in relazione a standard definiti; 1.9 Garantire la valutazione della richiesta di soccorso attraverso l'utilizzo di tecnologie e sistemi informativi delle Centrali Operative 1.10 Valutare la strategia d'intervento più efficace in relazione ai problemi prioritari dalla richiesta urgente di soccorso; 1.11 Gestire con funzioni di Team Leader, l'assistenza negli scenari di emergenza-urgenza territoriale. <p>2. Garantire la presa in carico della persona assistita attraverso il Triage Ospedaliero</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Individuare i percorsi clinico assistenziali in relazione ai problemi individuati e garantirne la corretta applicazione; 2.2 Applicare gli algoritmi decisionali di triage in relazione a protocolli condivisi con l'equipe multi professionale; 2.3 Valutare la persona assistita con successiva classificazione di codice colore di priorità e individuazione di percorsi clinico-assistenziali; 2.4 Rivalutare le persone assistite con frequenza temporale coerente ai livelli di priorità e alle condizioni cliniche presentate; 2.5 Garantire l'accesso della persona assistita agli ambulatori di trattamento con la documentazione clinico-assistenziale completa secondo gli standard predefiniti dai protocolli in uso; 2.6 Attuare strategie per governare i tempi di attesa e favorire una gestione efficace delle relazioni difficili; 2.7 Promuovere la relazione fra le diverse figure professionali al fine di collaborare alle decisioni clinico-assistenziali; 2.8 Definire in collaborazione con l'equipe multi professionale sistemi di triage "avanzato" e garantirne la corretta applicazione <p>3. Garantire l'intervento assistenziale nel contesto del DEA</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Attuare percorsi assistenziali in relazione ai modelli di presa in carico e trattamento della persona assistita – see and treat, fast-track e ambulatori a gestione infermieristica; 3.2 Garantire la presa in carico della persona con "problema minore"; 3.3 Progettare sulla base dei livelli di complessità assistenziale, sistemi e strategie per l'appropriata presa in carico dell'assistito; 3.4 Definire protocolli per le buone pratiche nell'ambito del see and treat, fast-track e ambulatorio infermieristico;



Competenze
Tecnico-
Professionali

- 3.5 Attuare algoritmi decisionali ed interventi infermieristici sulla base di protocolli condivisi;
- 3.6 Garantire l'applicazione delle procedure correlate al rischio infettivo;
- 3.7 Utilizzare l'ecografia-doppler vascolare e altri strumenti di diagnostica a sostegno dell'attività assistenziale;
- 3.8 Attuare protocolli terapeutici condivisi con l'equipe assistenziale nella gestione del dolore;
- 3.9 Valutare l'assistenza infermieristica effettuata utilizzando indicatori di esito e di processo;
- 3.10 Attuare interventi di counselling e di educazione terapeutica a sostegno del self-management;
- 3.11 Identificare il livello di complessità assistenziale al fine di una appropriata collocazione nei diversi setting assistenziali;
- 3.12 Pianificare strategie per elevare la qualità e la sicurezza negli interventi rivolti alla persona assistita;
- 3.13 Partecipare alla elaborazione di Linee Guida per l'implementazione di Buone Pratiche clinico-assistenziali;
- 3.14 Garantire il follow up e la continuità assistenziale;
- 3.15 Effettuare la prescrizione farmacologica e la diagnostica minore in base a protocolli condivisi con l'equipe multiprofessionale;
- 3.16 Dimettere il paziente in base a protocolli condivisi con l'equipe multiprofessionale.
- 4. Garantire il percorso assistenziale nella Emergenza Territoriale e nelle Maxi-emergenze**
 - 4.1 Gestire in modo coordinato le attività di soccorso nelle urgenze e maxi-emergenze;
 - 4.2 Garantire l'utilizzo delle risorse tecnologiche, e strumentali a disposizione nei diversi mezzi di soccorso al fine di erogare gli interventi in emergenza;
 - 4.3 Utilizzare il sistema Dispatch;
 - 4.4 Applicare sistemi di valutazione e individuare criteri per la gestione delle maxi-emergenze;
 - 4.5 Garantire la gestione delle situazioni di emergenza e urgenza che vedono il coinvolgimento di più persone in condizioni d'instabilità clinica;
 - 4.6 Verificare la messa in atto d'interventi per garantire la sicurezza dell'assistito, la riduzione delle complicanze e la prevenzione dei rischi;
 - 4.7 Collaborare nella definizione degli interventi da effettuarsi per la gestione dei eventi NBCR;
 - 4.8 Pianificare le strategie da adottare per elevare la qualità e la sicurezza della persona assistita;
 - 4.9 Assicurare i processi di presa in carico assistenziale in emergenza territoriale, con equipe infermieristica sulla base dei protocolli condivisi;
 - 4.10 Partecipare alla progettazione del Piano di gestione delle maxi-emergenze del proprio territorio aziendale;
 - 4.11 Collaborare con l'equipe multi professionale nell'attuazione di processi di relazione difficile.
- 5. Gestire i percorsi assistenziali in Terapia Intensiva**
 - 5.1 Ottimizzare l'integrazione, il coordinamento e la continuità alla persona assistita attraverso la consulenza al team infermieristico della Terapia Intensiva e il supporto oltre che alla stessa anche alla famiglia;
 - 5.2 Progettare il piano di assistenza individuale e garantirne l'applicazione ;
 - 5.3 Valutare i parametri di monitoraggio rilevando precocemente variazioni delle condizioni cliniche;
 - 5.4 Facilitare il coinvolgimento dei familiari al percorso clinico assistenziale;
 - 5.5 Collaborare con il Coordinatore Locale e l'equipe multi professionale nel garantire il processo di prelievo di organo;
 - 5.6 Garantire la continuità assistenziale e la gestione di presidi strumentale ad alta invasività, presidi medico, chirurgici o stomie.

Competenze
Tecnico
Professionali
Trasversali dell'
area sanitaria

Si rimanda a quanto specificato nell'Allegato 1.



ALLEGATO N. 4
INFERMIERE ESPERTO IN AREA MEDICA

Descrizione della posizione	Infermiere Esperto in Area Medica
Riferimenti Normativi	DM 739 –Legge 42/99- Legge 251/2000 – Legge 43/2006
Scopo della Posizione	Garantire la continuità assistenziale alle persone ad alta complessità nei diversi setting clinici assistenziali; Garantire l'integrazione il coordinamento e la continuità ai processi clinico assistenziali attraverso il coordinamento degli stessi e dei team multi professionali coinvolti. Favorire la presa in carico della persona assistita attraverso l'applicazione di PDTA. Favorire la continuità assistenziale ospedale-territorio
Competenze Tecnico-Professionali	<p>1. Gestire l'assistenza infermieristica alla persona in area medica utilizzando la metodologia del case management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identificare criteri e strumenti per la valutazione della complessità assistenziale della persona assistita; 1.2 Identificare il livello di autonomia, compliance, i bisogni informativi, relazionali educativi della persona ad elevata complessità assistenziale e della famiglia; 1.3 Identificare criteri di ammissione in base alla complessità assistenziale e all'instabilità clinica nei setting assistenziali; 1.4 Valutare i dilemmi etici correlati a specifiche situazioni assistenziali; 1.5 Partecipare alla definizione di clinical pathways; 1.6 Organizzare la dimissione a persone con elevata complessità garantendo la continuità assistenziale; 1.7 Prescrivere presidi e ausili correlati all'assistenza infermieristica; 1.8 Garantire il monitoraggio emodinamico invasivo e non invasivo della persona; 1.9 Riconoscere precocemente segni sintomi o fattori che possono indicare o prognosticare un peggioramento ed intervenire per prevenire i rientri ospedalieri evitabili; 1.10 Gestire i controlli ambulatoriali ed il follow up telefonico; 1.11 Prescrivere nell'ambito di protocolli condivisi esami ematochimici e strumentali correlati al percorso clinico-assistenziale; 1.12 Individuare i fattori che possono ridurre l'adesione al piano terapeutico; 1.13 Collaborare con il medico di medicina generale e con i servizi di assistenza domiciliare alla gestione di problematiche a domicilio; 1.14 Pianificare il trattamento per la prevenzione e la cura delle lesioni cutanee anche eseguendo medicazioni complesse con rimozione di sostanza nelle lesioni; 1.15 Prescrivere il trattamento necessario per l'effettuazione di medicazioni avanzate; 1.16 Contribuire alla stesura del piano nutrizionale e alla scelta della via d'accesso; 1.17 Identificare i soggetti a rischio di disfagia attraverso la definizione di un percorso di screening secondo procedure e strumenti condivisi; 1.18 Facilitare l'accesso della persona ai servizi di distribuzione diretta di presidi e farmaci come da piano terapeutico; 1.19 Utilizzare l'ecografia- doppler vascolare e altri strumenti di diagnostica a sostegno dell'attività assistenziale; 1.20 Garantire la gestione degli accessi venosi centrali e periferici; 1.21 Pianificare la gestione delle risorse tecnologiche e strumentali secondo gli standard definiti dal sistema HTA; 1.22 Attuare protocolli terapeutici condivisi con l'equipe assistenziale nella gestione del dolore; 1.23 Progettare in collaborazione con l'equipe multiprofessionale e le associazioni degli assistiti programmi di self management.
Competenze Tecnico Professionali dell'area sanitaria	Si rimanda a quanto specificato nell'Allegato 1.



ALLEGATO N. 5
INFERMIERE ESPERTO IN AREA CHIRURGICA

Descrizione della posizione	Infermiere Esperto in Area Chirurgica
Riferimenti giuridici	DM 739 –Legge 42/99- Legge 251/2000
Scopo della Posizione	Garantire la continuità al percorso pre e post chirurgico del paziente; Migliorare la presa in carico del paziente chirurgico ad alta complessità assistenziale che non ha indicazione al ricovero in Terapia Intensiva; Garantire appropriatezza e uniformità di trattamento per la gestione di lesioni cutanee post-chirurgiche, traumatiche e vascolari attraverso la creazione di ambulatori a gestione infermieristica; Garantire la supervisione assistenziale nei processi di sala operatoria.
Competenze Tecnico-Professionali	<p>1. Gestire Percorsi Perioperatori – Preospedalizzazione</p> <p>1.1 Identificare criteri e strumenti per la valutazione della complessità assistenziale delle persone che necessitano di percorsi in ambito chirurgico;</p> <p>1.1 Effettuare sulla base dei protocolli clinico-assistenziali e scale di valutazione condivise, osservazioni, interviste e accertamenti finalizzati alla valutazione del rischio pre-operatorio;</p> <p>1.2 Coordinare il percorso di preparazione diagnostico e specialistico all'intervento chirurgico;</p> <p>1.3 Identificare con l'equipe assistenziale, indicatori standard e interventi per prevenire, ridurre il rischio clinico nel percorso di cura e per contenere gli effetti degli eventi avversi;</p> <p>1.4 Supportare la persona assistita e il familiare alla consapevolezza del rischio chirurgico e anestesiológico favorendo la partecipazione al piano assistenziale.</p> <p>2. Gestire l'assistenza infermieristica alla persona in ambito chirurgico</p> <p>2.1 Attivare i percorsi della persona assistita sottoposta a procedura chirurgica complessa che richiede un livello di monitoraggio avanzato, per il quale non ci sono indicazioni al ricovero presso la Terapia Intensiva;</p> <p>2.2 Collaborare con l'equipe multi professionale alla definizione del livello di monitoraggio della persona assistita sottoposta a procedura chirurgica complessa nella fase pre-post operatoria;</p> <p>2.3 Progettare, sulla base dei livelli di complessità assistenziale sistemi e strategie per l'appropriata presa in carico degli assistiti;</p> <p>2.4 Pianificare ed effettuare l'assistenza alla persona assistita con alta complessità/dipendenza in base a protocolli condivisi;</p> <p>2.5 Progettare il percorso di monitoraggio degli indicatori di rischio specifico per l'assistito nel percorso peri-operatorio e chirurgico</p> <p>2.6 Favorire il coinvolgimento della persona assistita e della famiglia al fine di garantire la loro partecipazione consapevole al piano assistenziale.</p> <p>2.7 Valutare i dilemmi etici correlati a specifiche situazioni assistenziali richiamandosi alla deontologia professionale;</p> <p>2.8 Valutare l'assistenza infermieristica effettuata utilizzando indicatori di efficacia, efficienza.</p> <p>3. Gestire l'assistenza infermieristica negli ambulatori di follow up</p> <p>3.1 Garantire la continuità del percorso post-chirurgico della persona assistita;</p> <p>3.2 Garantire l'appropriatezza e uniformità di trattamento per lesioni cutanee post-chirurgiche, traumatiche e vascolari sulla base di protocolli condivisi con l'equipe assistenziale;</p> <p>3.3 Progettare sulla base dei livelli di complessità assistenziali, sistemi e strategie per l'appropriata presa in carico dell'assistito;</p> <p>3.4 Valutare l'assistenza infermieristica effettuata utilizzando indicatori di esito e di processo;</p> <p>3.5 Effettuare interventi connessi all'atto chirurgico e al processo anestesiológico ed analgesico</p> <p>3.6 Effettuare interventi infermieristici rivolti alla gestione di ferite chirurgiche – es. suture- ;</p> <p>3.7 Effettuare medicazioni complesse sulla base di protocolli di trattamento concordati con l'equipe;</p> <p>3.8 Collaborare con l'equipe multi professionale nel monitoraggio del processo di guarigione delle lesioni cutanea di natura traumatica e post-chirurgica;</p> <p>3.9 Individuare precocemente l'insorgenza di complicanze al fine di attivare la consulenza di specialisti clinici;</p> <p>4. Gestire l'assistenza in Sala Operatoria</p> <p>4.1 Ottimizzare l'utilizzo delle risorse tecnologiche, e strumentali per la realizzazione dei processi di tipo chirurgico-anestesiológico;</p> <p>4.2 Realizzare sistemi operativi di tipo innovativo finalizzati alla gestione delle attività tipiche della Sala Operatoria;</p>



<p>Competenze Tecnico- Professionali</p>	<p>4.3 Svolgere attività di consulenza e supporto all'equipe multi professionale; 4.4 Verificare la messa in atto d'interventi per garantire la sicurezza dell'assistito, la riduzione delle complicanze e la prevenzione dei rischi; 4.5 Verifica la completezza della documentazione sanitaria relativamente a referti, dati, immagini e video nel percorso chirurgico; 4.6 Gestire la terapia farmacologica attraverso protocolli concordati con l'equipe assistenziale; 4.7 Pianificare le strategie da adottare per elevare la qualità e la sicurezza della persona assistita; 4.8 Verifica che l'equipe multiprofessionale adotti le pratiche previste per la corretta gestione del rischio emorragico e del tromboembolismo post-operatorio; 4.9 Pianificare gli interventi finalizzati all'emorecupero intra e post-operatorio; 4.10 Gestire il processo anestesilogico sulla base di protocolli concordati con l'equipe multi professionale; 4.11 Assicurare la sorveglianza per le persone ad alta complessità assistenziale secondo protocolli condivisi con l'equipe multi professionale; 4.12 Garantire la verifica sulla corretta applicazione delle procedure finalizzate alla prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico; 4.13 Collaborare con l'equipe multi professionale nella gestione delle persone assistite sottoposte a donazione di organo</p>
<p>Competenze Tecnico Professionali Trasversali dell'area sanitaria</p>	<p>Si rimanda a quanto specificato nell'Allegato 1.</p>

**ALLEGATO N. 6
INFERMIERE ESPERTO IN ASSISTENZA – NEONATOLOGICA E PEDIATRICA**

<p>Descrizione della posizione</p>	<p>Infermiere Esperto in Assistenza - Neonatologica e Pediatrica</p>
<p>Riferimenti giuridici</p>	<p>DM 739 –Legge 42/99- Legge 251/2000 – Legge 43/2006</p>
<p>Scopo della Posizione</p>	<p>Garantire la gestione di percorsi assistenziali per neonati o bambini ad alta intensità di cura e complessità assistenziale. Coordinare in condivisione con l'equipe multi professionale e il coinvolgimento attivo dei familiari, il percorso clinico-assistenziale del bambino con diagnosi o sospetta diagnosi di malattia oncologica; Garantire, guida, supporto ed educazione ai familiari e al piccolo assistito affetto da malattia cronica.</p>
<p>Competenze Tecnico- Professionali</p>	<p>1. Gestire percorsi di assistenza per il neonato e per il bambino ad alta intensità di cura e complessità assistenziale</p> <p>1.1 Identificare criteri e strumenti per la valutazione delle priorità assistenziali del neonato/bambino in criticità vitali e in condizioni d'instabilità clinica; 1.2 Definire il percorso clinico assistenziale del neonato/bambino in criticità vitale, instabilità clinica in situazione di emergenza-urgenza; 1.3 Pianificare il percorso assistenziale del neonato/bambino sottoposto ad assistenza pre-post chirurgica e/o con assistenza ventilatoria; 1.4 Effettuare e/o supervisionare gli interventi infermieristici sulla base del percorso pianificato; 1.5 Partecipare agli incontri con la famiglia e gli altri membri dell'equipe nella fase pre-parto del neonato a rischio; 1.6 Valutare i bisogni assistenziali del neonato-bambino e la rete familiare, per rilevare la necessità di supporto emotivo, psicologico e sociale; 1.7 Collaborare con altri membri dell'equipe alla definizione del piano clinico assistenziale del neonato-bambino con patologia chirurgica e con assistenza ventilatoria; 1.8 Pianificare la gestione dei sistemi di monitoraggio e gli interventi legati all'assistenza ventilatoria avanzata sulla base di protocolli condivisi; 1.9 Valutare il livello di stress e di adattamento del neonato e dei familiari con metodologie validate (NIDCAP); 1.10 Utilizzare supporti informativi per documentare la tracciabilità delle cure e migliorare la continuità assistenziale; 1.11 Mantenere una collaborazione e consultazione costante con il team multidisciplinare per garantire il percorso assistenziale;</p>



Competenze
Tecnico-
Professionali

- 1.12 Valutare in collaborazione con l'equipe l'appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali in relazione a standard definiti;
- 1.13 Garantire la continuità assistenziale attraverso la predisposizione di percorsi di trasferimento o "dimissioni protette";

2. Gestire percorsi di assistenza per bambini affetti da patologia oncologica

- 2.1 Garantire la presa in carico della famiglia e del bambino con diagnosi o sospetta diagnosi di malattia oncologica;
- 2.2 Assumere il ruolo d'infermiere di riferimento per la famiglia e il bambino nel percorso diagnostico e terapeutico;
- 2.3 Collaborare con il team assistenziale per fornire supporto al bambino ed ai familiari nella scelta dei protocolli terapeutici;
- 2.4 Pianificare in collaborazione con la famiglia l'implementazione e il monitoraggio d'interventi per la rilevazione precoce dei sintomi;
- 2.8 Intervenire per ridurre gli effetti negativi della terapia oncologica avvalendosi quando necessario dell'aiuto di consulenti e dell'attività delle associazioni;
- 2.7 Promuovere la relazione fra le diverse figure professionali al fine di collaborare alle decisioni clinico-assistenziali;
- 2.8 Attuare protocolli terapeutici condivisi con l'equipe assistenziale nella gestione del dolore;
- 2.9 Guidare la famiglia e il bambino, secondo protocolli condivisi nella scelta dei metodi per il controllo del dolore sia in ambito farmacologico che non;
- 2.10 Gestire i trattamenti farmacologici sulla base di protocolli condivisi con l'equipe multiprofessionale;
- 2.11 Pianificare la dimissione del bambino e attivare i percorsi previsti dai protocolli aziendali;

3. Gestire percorsi di assistenza del bambino con malattia cronica

- 3.1 Progettare sulla base dei livelli di complessità assistenziale, sistemi e strategie per l'appropriata presa in carico dell'assistito;
- 3.2 Attuare algoritmi decisionali ed interventi infermieristici sulla base di protocolli condivisi;
- 3.3 Assicurare la guida, il supporto e l'educazione al bambino affetto da malattia cronica e ai familiari;
- 3.4 Garantire la presa in carico della famiglia e del bambino al primo accesso in DH – in continuità con le cure territoriali;
- 3.5 Assumere il ruolo d'infermiere di riferimento per la famiglia e il bambino nel percorso clinico-assistenziale in integrazione con l'equipe multi professionale;
- 3.6 Supportare il bambino e la famiglia nel gestire l'impatto della malattia sullo stile di vita tenendo conto dell'appartenenza multiculturale ;
- 3.7 Utilizzare l'ecografia-doppler vascolare e altri strumenti di diagnostica a sostegno dell'attività assistenziale;
- 3.8 Attuare protocolli terapeutici condivisi con l'equipe assistenziale nella gestione del dolore;
- 3.9 Verificare la messa in atto d'interventi per garantire la sicurezza dell'assistito, la riduzione delle complicanze e la prevenzione dei rischi;
- 3.10 Pianificare la gestione delle risorse tecnologiche e strumentali secondo gli standard definiti dal sistema HTA;
- 3.11 Valutare l'assistenza infermieristica effettuata utilizzando indicatori di esito e di processo;
- 3.12 Pianificare strategie per elevare la qualità e la sicurezza negli interventi rivolti alla persona assistita;

Competenze
Tecnico
Professionali
Trasversali
dell'area sanitaria

Si rimanda a quanto specificato nell'Allegato 1.



ALLEGATO N. 7
 INFERMIERE ESPERTO IN ASSISTENZA
 AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

Descrizione della posizione	Infermiere Esperto in Assistenza - Area Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
Riferimenti giuridici	DM 739 –Legge 42/99- Legge 251/2000 – Legge 43/2006
Scopo della Posizione	Garantire le continuità assistenziali nei percorsi ospedale-territorio e tra i servizi e le strutture dedicate alla salute mentale e dipendenze, attraverso modalità di presa in carico delle persona comprendente le sfere sanitarie e sociali. Favorire meccanismi di empowerment sia rivolti alle persone assistite e ai loro familiari che, verso gli operatori al fine di realizzare un modello di cura basato sull'autonomia e sulla responsabilità. Garantire la progettazione e realizzazione di programmi per la salute mentale in ogni fascia di età in collaborazione con le altre istituzioni sanitarie e sociali del territorio di competenza.
Competenze Tecnico-Professionali	<p>1. Gestire processi Assistenziali nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identificare criteri e strumenti per la complessità assistenziale della persona con grave scompenso psichico; 1.2 Effettuare sulla base dei protocolli clinico-assistenziali e scale di valutazione condivise, osservazioni, interviste e accertamenti finalizzati alla valutazione del bisogno e a supportare la definizione della diagnosi 1.3 Individuare i bisogni assistenziali e valutare la loro risoluzione in collaborazione con l'equipe multi professionale; 1.4 Progettare in collaborazione con l'equipe multi professionale il progetto individualizzato di cura sia terapeutico che socio-riabilitativo; 1.5 Progettare in collaborazione con l'equipe multi professionale gli interventi assistenziali per la presa in carico della persona assistita con rischio auto-etero lesivo o con scarsa compliance ai trattamenti; 1.6 Garantire l'adozione di interventi per prevenire/ ridurre il rischio clinico nel percorso di cura e per contenere gli effetti degli eventi avversi; 1.7 Supportare la persona assistita nel recupero delle autonomie nelle attività di vita quotidiana e nella capacità di relazione 1.8 Attuare strategie di counselling e di educazione terapeutica a promozione e sostegno dell'autonomia della persona, della famiglia e delle persone significative di riferimento; 1.9 Attuare strategie di counselling e di educazione terapeutica a promozione e sostegno dell'autonomia della persona, della famiglia e delle persone significative di riferimento; 1.10 Gestire l'attuazione di trattamenti psico-socio terapeutici di gruppo secondo protocolli definiti con l'equipe assistenziale; 1.11 Mantenere una collaborazione e consultazione costante con il team multidisciplinare per garantire il percorso assistenziale; 1.12 Garantire la continuità assistenziale attraverso i servizi territoriali per la predisposizione e monitoraggio del piano terapeutico-riabilitativo; 1.13 Utilizzare supporti informativi per documentare la tracciabilità delle cure e migliorare la continuità assistenziale; 1.14 Valutare in collaborazione con l'equipe l'appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali e gli esiti delle cure in relazione a standard definiti. <p>2. Garantire la presa in carico della persona assistita nei servizi territoriali</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Progettare interventi per favorire l'accessibilità ai servizi al fine di contrastare ogni forma di stigma o discriminazione della persona assistita ; 2.2 Identificare criteri e strumenti per la continuità assistenziale della persona con disagio psichico e disturbo mentale; 2.3 Effettuare sulla base dei protocolli clinico-assistenziali e scale di valutazione condivise, osservazioni, interviste e accertamenti finalizzati alla valutazione del bisogno e a supportare la definizione della diagnosi; 2.4 Individuare i bisogni assistenziali e valutare la loro risoluzione in collaborazione con l'equipe multi professionale; 2.5 Progettare in collaborazione con l'equipe multi professionale e con la persona assistita il progetto individualizzato di cura sia terapeutico che socio-riabilitativo; 2.6 Garantire la continuità assistenziale in ambito territoriale e con le strutture ospedaliere attraverso la pianificazione degli interventi socio-assistenziali; 2.7 Gestire il riconoscimento "precoce della crisi" attraverso strumenti di valutazione infermieristica;



Competenze
Tecnico-
Professionali

- 2.8 Gestire l'applicazione del processo terapeutico secondo protocolli condivisi con l'equipe al fine di favorire la compliance al trattamento;
- 2.9 Coordinare l'equipe di riferimento della persona assistita sulla base di metodi e strumenti condivisi con il team multi professionale;
- 2.10 Attuare strategie di counselling e di educazione terapeutica a promozione e sostegno dell'autonomia della persona, della famiglia e delle persone significative di riferimento;
- 2.11 Valutare le fasi di reinserimento lavorativo e sociale delle persone assistite con disagio psichico o disturbo mentale in collaborazione con l'equipe multi professionale;
- 2.12 Supportare la persona assistita nel percorso assistenziale con l'utilizzo di modalità relazionali e di sostegno finalizzato alla costruzione dell'alleanza terapeutica;
- 2.13 Favorire la costruzione e il mantenimento della "rete sociale" per facilitare il reinserimento nel contesto di vita e di lavoro;
- 2.14 Collaborare alla revisione dei protocolli terapeutici delle principali problematiche di salute mentale;
- 2.15 Collaborare nella realizzazione di progetti per la promozione della salute mentale nella popolazione di riferimento territoriale;
- 2.16 Valutare in collaborazione con l'equipe l'appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali e gli esiti delle cure in relazione a standard definiti;
- 3. Garantire la presa in carico della persona assistita nei servizi per le dipendenze patologiche**
 - 3.1 Individuare i bisogni assistenziali attraverso l'utilizzo di strumenti codificati in ambito di dipendenze e valutare la loro risoluzione in collaborazione con l'equipe multi professionale;
 - 3.2 Progettare in collaborazione con l'equipe multi professionale e con la persona assistita il progetto individualizzato di cura sia terapeutico che socio-riabilitativo;
 - 3.3 Intervenire tempestivamente nel riconoscimento e trattamento dei sintomi astinenziali;
 - 3.4 Garantire la continuità assistenziale in ambito territoriale e presso le strutture semi residenziali e residenziali attraverso la pianificazione degli interventi assistenziali;
 - 3.5 Realizzare i programmi specifici di educazione alla salute rivolti ai giovani per l'informazione dei fattori di rischio delle dipendenze patologiche;
 - 3.6 Attuare strategie di counselling, di educazione terapeutica e promozione di stili di vita sani o di programmi di "riduzione del danno";
 - 3.7 Partecipare alla realizzazione d'interventi psico-socio-terapeutici individuali e di gruppo;
 - 3.8 Gestire l'applicazione del processo terapeutico secondo protocolli condivisi con l'equipe al fine di favorire la compliance al trattamento;
 - 3.9 Documentare gli interventi al fine di garantire la tracciabilità attraverso supporti informativi
 - 3.10 Valutare in collaborazione con l'equipe l'appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali e gli esiti delle cure in relazione a standard definiti.

Competenze
Tecnico
Professionali
Trasversali
dell'area sanitaria

Si rimanda a quanto specificato nell'Allegato 1.





Il parere del Collegio Ipasvi di Como



In questa sezione pubblichiamo il parere del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI Como riferito, in particolare, all'ultima bozza disponibile del documento.

TRE DOMANDE SULLA BOZZA DEL DOCUMENTO SULLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE

Le riflessioni e le valutazioni sulla bozza di documento diffusa (quella del 3 luglio) possono, in termini ipotetici, essere infinite in riferimento al livello di analisi che si intende realizzare.

Per una questione pratica, abbiamo individuato alcune domande cui è opportuno rispondere per comprendere fino a che punto è appropriato sostenere, come categoria professionale, tale iniziativa di Regioni e Ministero.

62

In sintesi si tratta di comprendere:

- a) A cosa serve rivedere in questo modo le competenze degli infermieri? Ovvero a quali necessità effettive risponde?
- b) Quali novità "vere" introduce?
- c) Quali ricadute può avere sullo "sviluppo" della professione infermieristica?

A – Considerando la rilevanza data nel documento a quanto definito dalla legge 251/2000 (art.1, commi 2 e 3) ed in coerenza con l'attuale assetto costituzionale circa le competenze sanitarie, il vantaggio maggiore dovrebbero averlo (in termini organizzativi) le Regioni e le Aziende Sanitarie che si vedrebbero legittimate ad attribuire ulteriori attività/competenze agli infermieri in risposta particolari esigenze ri-organizzative. Nell'ipotesi di rendere più efficiente e/o economico il sistema.

Questa discussione circa le "nuove" competenze da attribuire all'infermiere ha comunque evidenziato la centralità che la figura infermieristica riveste nell'attuale contesto sanitario. Evidentemente l'infermiere è ritenuta – giustamente - una figura professionale con grandi potenzialità e possibilità di azioni su molti processi non solo assistenziali ma anche sanitari in senso più ampio. In questo senso, ciò potrebbe anche corrispondere ad una effettiva maggiore responsabilizzazione e visibilità dell'infermiere nei diversi processi di cura ed assistenza. Va sottolineato però se tale "valorizzazione", che resta non economica, non sia già realizzata/realizzabile oggi e se dipenda effettivamente da questo documento.

Vi è anche una seconda esigenza cui questo documento potrebbe rappresentare una risposta.

È opportuno rilevare che in talune organizzazioni la predominanza di consuetudini, associata alla non chiara distinzione tra atto medico e attività che abitualmente viene svolta dal medico e che potrebbe anche essere svolta da altri professionisti, genera delle difficoltà da parte degli infermieri all'assunzione di responsabilità e visibilità organizzativa. Di conseguenza viene ricercata la legittimazione per tali funzioni e attività (anche in termini legali) all'esterno dell'organizzazione anche per opporsi ad una certa arroganza organizzativa che emerge in alcuni episodi.

A nostro parere questo modo di pensare tradisce una concezione mansionariale e quindi non professionale dell'infermiere e riguarda non tanto le competenze infermieristiche bensì la concezione che talune professioni hanno dell'infermiere. La presunta tutela legale, così concepita, rischia di trasformarsi un boomerang per lo stesso professionista. Ci pare quindi opportuno non dare risposte a quesiti sbagliati.

B – Il secondo interrogativo di analisi, pone l'attenzione sulle "vere" novità introdotte ossia quelle competenze che già oggi l'infermiere non potrebbe svolgere considerando gli attuali riferimenti normativi (profilo, codice deontologico, ordinamenti didattici).

La prima vera novità che introduce il lavoro del tavolo Ministeriale è la distinzione fra Infermiere Specialista e Infermiere Esperto. Lo specialista è quello definito dalla legge 43/2006 mentre l'esperto possiede un certificato di competenze "regionali" che potrebbero essere valutate come CFU per percorsi successivi. Tale distinzione, in termini generali ha una sua validità e contiene aspetti potenzialmente positivi. Però, la non contemporanea attivazione dei due canali formativi rischia di essere la pietra tombale della formazione specialistica che invece rappresenta un obiettivo rilevante per la professione. Non si capisce poi i costi di questa forma-



zione aggiuntiva su chi dovrebbero ricadere (sulle regioni?, sulle Aziende?, sui singoli professionisti?). Se proprio si vuole mobilitare risorse economiche facciamolo sui percorsi specialistici.

In termini più specifici, leggendo gli allegati tecnici ci pare di ravvisare che la maggioranza delle competenze definite rientrano già nelle attività che gli infermieri sono in grado di svolgere o svolgono già abitualmente.

L'uso dell'eco-doppler, ad esempio, perché non potrebbe rientrare già oggi nelle attività infermieristiche quando finalizzato alla risposta di assistenza infermieristica? Fanno eccezione a questa impostazione: la prescrizione di presidi e ausili, la prescrizione farmacologica e di diagnostica minore, la dimissione del pz, la prescrizione di esami ematochimici e strumentali anche se viene sempre specificato che si tratta di applicazione di linee guida, protocolli o adesione a percorsi clinico assistenziali, tutti predefiniti. Da questo punto di vista - applicazione di protocolli - la novità si riduce in modo significativo.

Anche l'effettuazione delle suture, potrebbe rappresentare una "novità" se non inquadrata - come potrebbe esserlo già oggi - nell'applicazione di una procedura terapeutica prescritta dal medico.

Occorre però chiedersi anche quale tipo di orientamento disciplinare hanno queste "nuove competenze"? Nei fatti riguardano tutte le procedure diagnostico terapeutiche (tranne la prescrizione di presidi e ausili finalizzati all'assistenza) per le quali il profilo è già sufficientemente chiaro.

Va detto, per completezza, che queste novità rispondono anche ad esigenze funzionali ai processi di cura e assistenza (è mai possibile che un infermiere non possa prescrivere presidi o ausili finalizzati all'assistenza? O che per effettuare un ECG o un prelievo ematico serva sempre la prescrizione medica?), resta da chiedersi se per introdurli sia questa l'unica via considerando l'insieme delle criticità che emergono.

C - Siamo al terzo interrogativo circa le ricadute sulla nostra professione: una prima osservazione riguarda l'assenza di un profilo di competenze analogo per l'infermiere generalista che genera ambiguità e non poche perplessità sul piano concreto. Tali competenze sono riservate agli esperti? E gli infermieri generalisti cosa possono o non possono fare di quanto indicato?

Allo stesso modo eventuali profili di competenze dell'infermiere specialista che si differenzino in modo significativo da quelli qui delineati per gli esperti, sono possibili? Da sole queste osservazioni pongono una prospettiva negativa su come tale documento si inserisca nell'attuale contesto normativo, organizzativo e contrattuale.

Per concludere, gli aspetti di criticità prevalgono rispetto agli aspetti positivi di conseguenza ci pare utile, se non è possibile raggiungere l'obiettivo delle specializzazioni secondo la legge 43/2006, lasciare la responsabilità di questi risultati ad altri. In fondo, l'intero dibattito ha messo in evidenza la forza e l'importanza che viene attribuita agli infermieri nel sistema salute (spesso più percepita fuori che dentro la professione) che deve diventare, nell'unità della professione, un punto di forza contrattuale.

La proposta è quella di allargare il tavolo al MIUR visto e considerato che l'accordo è tra le Regioni e il Governo che, fino a prova contraria, rappresenta anche il MIUR. La delicatezza dell'argomento in discussione chiede di non far prevalere esigenze di tempo ad altre considerazioni molto più rilevanti non solo per la professione infermieristica ma anche per l'intero SSN.

Si obietterà che la questione è economica ma, se è vero che quello che si vuole attuare è una rivisitazione della spesa e non dei semplici tagli è ora che si capisca che investire sugli infermieri può far risparmiare molte risorse al sistema nel suo complesso come molti sostenitori di questo progetto - alcune Regioni per prime - hanno compreso.

*Per il Consiglio Direttivo
Il presidente
Dott. Stefano Citterio*



Destinatari:

20 infermieri
10 infermieri pediatri-
ci/vigilatrici d'infanzia

Costo:

€ 20,00 IPASVI Como
€ 40,00 iscritti ad altri
Collegi

Data apertura evento:

4 settembre 2012 e
fino ad esaurimento
posti

crediti ECM richiesti

PBL5 – RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE IN ETÀ PEDIATRICA

Como - Centro Card. Ferrari viale C. Battisti, 8

Martedì 18 settembre 2012

*Docenti: Belotti Riccardo, Gasparini Rudy, Limonta Marino,
Lucati Augusto, Luigi Clemente, Piazza Gisella, Toppi Pierpaolo*

PROGRAMMA**8.30-11.00**

- ▷ presentazione corso ed istruttori
- ▷ linee guida internazionali e obiettivi del corso
- ▷ catena della sopravvivenza ed importanza della RCP
- ▷ sequenza PBL5 (A-B-C)
- ▷ le tre S (sicurezza - stato coscienza s- richiesta soccorso)

11.00-11.15 - pausa caffè**11.15-14.00**

- ▷ A (Airway): posizionamento paziente - apertura vie aeree
- ▷ B (Breathing): valutazione respiro (GAS) - ventilazioni di soccorso
- ▷ C (Circulation): valutazione segni di circolo - compressioni toraciche
- ▷ RCP completa
- ▷ differenze nel caso di bambino e lattante
- ▷ casi particolari (annegato - trauma - altro)
- ▷ richiami di trattamento dell'ostruzione parziale e completa delle vie aeree in pazienti pediatrici (argomenti già trattati nel corso precedente)

14.00-14.30

- ▷ Compilazione test di apprendimento e questionario di gradimento ECM e chiusura dei lavori

Destinatari:

100 coordinatori -
infermieri, infermieri
pediatrici Vigilatrici
D'Infanzia, Assistenti
Sanitari

Costo:

€ 20,00 IPASVI Como
€ 40,00 iscritti ad altri
Collegi

Data apertura evento:

12 settembre 2012 e
fino ad esaurimento
posti

crediti ECM richiesti

**IL COORDINAMENTO IN SANITÀ:
GESTIONE DEL TEMPO E DEI FLUSSI INFORMATIVI**

Como - Centro Card. Ferrari viale C. Battisti, 8

Venerdì 28 settembre 2012

In collaborazione con Format s.a.s.

Docenti: Pennini Annalisa

PROGRAMMA**8.30-11.00**

- ▽ Gestione del tempo:
 - ▷ Il time management e la sua importanza nella gestione pratica delle attività
 - ▷ La gestione del proprio tempo e del tempo degli altri
 - ▷ Gli strumenti di gestione del tempo di 1^a - 2^a - 3^a e 4^a generazione
 - ▷ La matrice di Eisenhower: importanza e priorità
 - ▷ Attività reattive e proattive: il valore della scelta

11.00-11.15 - pausa caffè**11.15-12.30**

- ▽ Gestione dei flussi informativi:
 - ▷ Comunicazione efficace e relazioni significative
 - ▷ Che cosa sono i flussi informativi in Unità Operativa o Dipartimenti o Nuclei Organizzativi

12.30-13.30 - pausa pranzo**13.30-17.00**

- ▷ Elementi di decision making: selezionare le informazioni in entrata e in uscita
- ▷ Rete dei flussi informativi: a chi, dove, come e perché
- ▷ Principi di lean organization collegati allo spreco di tempo e alla gestione inefficace dei flussi informativi
- ▷ Processi cognitivi di cancellazione, distorsione e generalizzazione delle informazioni
- ▷ Suggerimenti pratici per la "sopravvivenza" quotidiana professionale: dal post-it al tablet ...

17.00-17.30 Chiusura dei lavori e compilazione del questionario ECM

Destinatari:
100 infermieri

Costo:
€ 20,00 IPASVI Como
€ 40,00 iscritti ad altri
Collegi

Data apertura evento:
12 settembre 2012 e
fino ad esaurimento
posti

crediti ECM richiesti

PSICHIATRIA OGGI: LA RISPOSTA DEI SERVIZI DEL D.S.M. AGLI UTENTI AFFETTI DA DISAGIO PSICHICO

Como - Centro Card. Ferrari viale C. Battisti, 8

Mercoledì 10 Ottobre 2012

*Inf. Coordinatore Brusa Donatella, Inf. Mereu Claudio,
Inf. Caminada Vittorio, Inf. Cozzi Ida*

PROGRAMMA

- 8.30-9.00**
 - ▷ Registrazione partecipanti
- 9.00-10.15**
 - ▷ La psichiatria prima e dopo la Legge 180
- 10.15-10.45**
 - ▷ Il D.S.M.: organizzazione
- 10.45-11.00 - Pausa caffè**
- 11.00-12.30**
 - ▷ C.P.S.: progetti individuali, prevenzione cura e riabilitazione
- 12.30-13.30 - Pausa pranzo**
- 13.30-15.00**
 - ▷ Il paziente in fase acuta: dall'accoglienza alla dimissione in S.P.D.C.
- 15.00-16.30**
 - ▷ C.R.A.: quale opportunità di riabilitazione e reinserimento sociale
- 16.30-17.00**
 - ▷ Il modello del case management in psichiatria
- 17.00-17.30 - Discussione**
- 17.30-18.00**
 - ▷ Compilazione questionario di gradimento e ECM

65

Destinatari:
27 infermieri
30 infermieri -
infermieri
pediatrici/Vigilatrici
d'infanzia

Costo:
€ 20,00 IPASVI Como
€ 40,00 iscritti ad altri
Collegi

Data apertura evento:
Data apertura eventi:
19 settembre 2012 e
fino ad esaurimento
posti

crediti ECM: 7

VIOLENZA SUGLI INFERMIERI: LA GESTIONE DELL'AGITAZIONE E DELL'AGGRESSIVITÀ

Como - Centro Card. Ferrari viale C. Battisti, 8

Prima edizione 24 ottobre 2012
Seconda edizione 14 novembre 2012

*Paola Guarneri: psicologa e psicoterapeuta;
Filippo Di Carlo: dottore magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche*



PROGRAMMA

- 8.30-8.45**
 - ▷ Presentazione del corso e dei docenti
- 8.45-9.45**
 - ▷ Il comportamento violento: epidemiologia e definizione del fenomeno - *Dott. Filippo Di Carlo*
- 9.45 - 10.30**
 - ▷ Esercitazione: visione del filmato "The strange fruit"
- 10.30-10.45**
 - ▷ Brain storming individuale: sensazioni corporee, pensieri, emozioni, ricordi - *Dott.ssa Paola Guarneri*
- 10.45-11.00 - Pausa caffè**
- 11.00-11.30**
 - ▷ L'aggressività e il ciclo dell'aggressione
- 11.30-12.00**
 - ▷ I meccanismi di difesa, stress e defusing
- 12.00-12.30**
 - ▷ Esercitazione: scansione di un filmato - *Dott.ssa Paola Guarneri*
- 12.30-14.00 - Pausa pranzo**
- 14.00-14.45**
 - ▷ Strategie relazionali e comunicative efficaci: l'assertività
- 14.45-16.45**
 - ▷ Esercitazione: drammatizzazione
- 16.45-17.00**
 - ▷ Discussione, chiusura della giornata e adempimenti ECM - *Dott.ssa Paola Guarneri*



Destinatari:
92 infermieri
5 infermieri pediatrici/vigilatrici d'infanzia
3 assistenti sanitari

Costo:
€ 20,00 IPASVI Como
€ 40,00 iscritti ad altri Collegi

Data apertura evento:
25 ottobre 2012 e fino ad esaurimento posti

crediti ECM richiesti

IL PROCEDIMENTO DISCIPLINARE NEL COMPARTO SANITÀ

Como - Centro Card. Ferrari viale C. Battisti, 8

Martedì 27 novembre 2012

inf. Franzini Giuseppe, inf. D'Ambrosio Mauro, inf Bisi Fabrizio

PROGRAMMA

8.30-9.00

▷ Registrazione partecipanti

9.00-10.30

▷ Evoluzione dei sistemi di responsabilità disciplinare

10.30-11.00

▷ L'assetto attuale dopo la riforma Brunetta

11.00-11.15 - Pausa caffè

11.15-12.30

▷ Il sistema sanzionatorio

12.30-13.30 - Pausa pranzo

13.30-15.30

▷ Rapporto tra procedimento penale e procedimento disciplinare

15.30-17.30

▷ SESSIONE PRATICA: discussione di casi e procedimenti attuati

17.30-18.00

▷ Chiusura dei lavori e compilazione del test di gradimento ECM

Destinatari:
26 infermieri
2 infermieri pediatrici
2 assistenti sanitari

Costo:
€ 20,00 IPASVI Como
€ 40,00 iscritti ad altri Collegi

Data apertura evento:
Data apertura eventi:
6 novembre 2012 e fino ad esaurimento posti

crediti ECM richiesti

LE TECNICHE DELLA PROGRAMMAZIONE NEUROLINGUISTICA PER COMUNICARE EFFICACEMENTE: come utilizzare la potenza del linguaggio per farsi comprendere meglio e creare sintonia da subito con l'interlocutore

Como - Centro Card. Ferrari viale C. Battisti, 8

Prima edizione 4 dicembre 2012

Seconda edizione 29 gennaio 2013

Laura Maestri - Master Pratictioner in Programmazione Neurolinguistica (Society of NLP di R. Bandler)

PROGRAMMA

8.45

▷ Registrazione dei partecipanti

9.00

▷ Cos'è la Programmazione Neurolinguistica, com'è nata e che benefici offre nel quotidiano

9.30

▷ Il linguaggio nelle sue molteplici forme: verbale, paraverbale e non verbale

11.00 - Break

11.20

▷ Creare da subito un rapporto positivo con l'altro: il "rapport" e la "calibrazione"

12.50 - Pausa pranzo

13.40

▷ Esercitazioni pratiche, individuali e di gruppo

14.40

▷ I sistemi rappresentazionali: cosa sono e perché sono importanti nella comunicazione

15.40

▷ I segnali oculari d'accesso

16.40

▷ I principali meta-programmi: riconoscerli in se stessi e negli altri

17.30

▷ Compilazione questionari

17.40 - Chiusura lavori



MODALITÀ DI ISCRIZIONE EVENTI FORMATIVI

- ☛ telefonicamente 031/300218, una telefonata max due iscrizioni;
- ☛ presso la segreteria negli orari di apertura (da lunedì a venerdì 8.30/12.00 - 14.00/16.30);
- ☛ inviare ENTRO 5 giorni dall'iscrizione telefonica il coupon allegato e fotocopia del versamento effettuato;
- ☛ le modalità di pagamento verranno comunicate al momento della prenotazione;
- ☛ LA QUOTA NON È RIMBORSABILE.

COLLEGIO IPASVI COMO SCHEDA DI ISCRIZIONE PER EVENTI FORMATIVI

TITOLO EVENTO _____

DATA EVENTO _____

COGNOME NOME _____

INDIRIZZO _____

TEL. _____ CELL. _____

*MAIL CERTIFICATA (PEC) _____
(obbligatoria per l'invio dell'attestato ECM)

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

COLLEGIO DI APPARTENENZA _____

SEDE DI LAVORO _____

N. TESSERA _____ DATA DI ISCRIZIONE _____

L'iscrizione all'evento deve essere prenotata telefonicamente o personalmente presso la Segreteria. Solo dopo avere avuto conferma della disponibilità di posti, inviare la scheda, **entro 5 giorni**, unitamente alla copia del versamento della quota di iscrizione all'evento, al n. **031/262538** o all'indirizzo PEC **como@ipasvi.legalmail.it**

Gentile iscritto, i dati personali, identificativi o sensibili che ci ha fornito, prestando consenso per il trattamento, verranno utilizzati ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 (normativa sulla privacy) al fine di permettere l'espletamento degli adempimenti informativi, amministrativi, commerciali e contabili connessi al rapporto contrattuale/professionale/collaborativo che intercorre tra l'iscritto ed il Collegio IPASVI di Como. Copia integrale dell'informativa potrà essere richiesta presso la sede del Collegio stesso. Si invitano gli iscritti che non avessero ancora ritirato, o avessero smarrito, l'informativa al trattamento dati del Collegio IPASVI a richiederne copia presso la sede del Collegio stesso

Il sottoscritto _____

Firmando e il presente modulo accetta integralmente le modalità di iscrizione sopra descritte e dichiara che quanto compilato corrisponde al vero, inoltre autorizza il Collegio IPASVI di Como al trattamento dei propri dati personali identificativi o sensibili per le finalità formative, amministrative, informative e commerciali del Collegio IPASVI di Como ai sensi del d.lgs 196/03.

Data _____ Firma _____

*Si ricorda che la PEC è un obbligo di legge per tutti i professionisti iscritti in Ordini e Collegi e che il Collegio IPASVI di Como la fornisce gratuitamente ai propri iscritti, previo invio del modulo di richiesta, disponibile in segreteria o reperibile sul sito del Collegio www.ipasvicomo.it





Infermiera

*Norman Rockwell
(1894-1978),
copertina del "Saturday
Evening Post"
24 ottobre 1936*

Per quanto grande e nobile possa essere la motivazione, tuttavia, l'assistenza richiede un implicarsi nella quotidianità che non sempre è facile ad appagante, come ironicamente ci mostra Norman Rockwell. Nel foglio qui riprodotto l'attenzione si ferma sulla bonaria caricatura di un'esausta infermiera esasperata dall'implacabile pianto di una bimba; la piccola ha il viso rubicondo di chi ha strillato e versato lacrime troppo a lungo, piuttosto che l'aspetto sofferente di malata. L'ironico illustratore avvolge dunque di domestica spontaneità anche l'evento ospedaliero e il viso affranto dell'infermiera coincide con quello di tante mamme e papà.

*Tratto dal libro "Curare e Guarire. Occhio artistico e occhio clinico"
di Giorgio Bordin, Laura Polo D'Ambrosio
Morales editore srl*

