

Editoriale	2
<i>Specializzazione infermieristica: quali orientamenti e aspettative?</i>	
ATTUALITÀ	
CRONACA DI DUE CONSIGLI NAZIONALI STRAORDINARI: il 7 agosto e il 20 novembre	
Antefatti e sviluppi	5
Il comunicato stampa della Federazione Nazionale dei Collegi	7
Il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale: le osservazioni dei Collegi Lombardi	8
ECM-CPD REGIONALE, alcuni cambiamenti non piacciono all'IPASVI	10
Nuovo ospedale S. Anna di Como: è iniziata una nuova era per la sanità comasca	12
Cernobbio, conferenza ECM	14
ENPAPI - Regolamento e nuovo statuto	15
Dalla parte del bambino	
Come promuovere lo sviluppo sensoriale in terapia intensiva neonatale	17
È evidente che...	
Prevenire l'ipotermia durante il periodo intraoperatorio con il sistema di riscaldamento attivo	21
Infermieristica e cure complementari	
I colori nella nostra vita	26
News from the web	
Proposta di alcuni blog infermieristici	29
Articoli originali	
Puntura ad occhiello o buttonhole	
Tecnica di venipuntura della Fistola Arterovenosa (FAV)	30
Case Study	
Nuovo Ospedale S. Anna: il progetto codice colore	32
Dal Collegio	
Il sito del Collegio Ipasvi	38
Commissione libera professione	40
Eventi formativi 2011	44
Iscritti e cancellati	49

SPECIALIZZAZIONE INFERMIERISTICA: QUALI ORIENTAMENTI E ASPETTATIVE?

Dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

È un dato di fatto che gli infermieri vengano coinvolti, sempre di più e con maggiore responsabilità, nei processi di cura ed assistenza alla persona.

Ne sono testimonianza i recenti sviluppi di competenze e responsabilità attribuite agli infermieri nel contesto del "triage" in Pronto soccorso (progetto SEE and TREAT della Toscana, vedi box), nell'ambito del processo perioperatorio (progetto Perimed in Emilia Romagna), in quello dell'emergenza sanitaria con la costante e crescente diffusione dei mezzi di soccorso intermedio (meglio conosciute come auto-infermieristiche). Allo stesso modo anche le esperienze avviate di strutture di Low Care a completa gestione infermieristica e le sperimentazioni intraprese in diverse regioni del nostro paese in merito all'Infermiere di famiglia o di comunità costituiscono esempi di come la professione infermieristica sia chiamata ad una partecipazione attiva alle nuove dinamiche della sanità italiana in risposta ai bisogni emergenti della popolazione.

Tutto ciò si colloca nel contesto di una crescita normativa e culturale degli infermieri rappresentando elementi di confine tra la vecchia e la nuova dimensione professionale dell'infermiere il cui spartiacque può essere identificato dalla legge n. 42 del 1999. Siamo nella fase conclamata del post-mansionario.

Questi sviluppi, da un lato rischiano di esasperare ed alimentare alcune tensioni (più o meno latenti) con la professione medica - l'esposto dell'Ordine dei medici di Bologna di cui diamo conto nelle pagine successive ne è una testimonianza - ma, contemporaneamente, pongono un dibattito anche all'interno della stessa professione infermieristica.

Da una grossa fetta della professione questi sviluppi vengono valutati come un effettivo riconoscimento professionale e l'anticamera di ulteriori progressioni economiche e di carriera per gli infermieri italiani ma, non va negato, che esiste una parte di professionisti che intravedono più rischi (anche di natura legale) che benefici in questi percorsi professionali.

Questi percorsi, in particolare quelli più vicini ad aspetti diagnostici e terapeutici (See and treat e Premed), vengono

interpretati come uno sviluppo non disciplinare delle competenze infermieristiche che, in una logica da neo-mansionario, attribuiscono nuove responsabilità agli infermieri più di natura clinica (medica) che assistenziale attraverso procedure e protocolli codificati.

Si tratta quindi di comprendere quali scelte la professione intende sostenere. È ovvio che tali scelte discendono dall'identità professionale che gli infermieri intendono e vogliono affermare.

Su questo vorrei aggiungere anche un'altra riflessione più di carattere normativo che prende spunto dal fatto che lo stesso profilo (Dm 739/94) identifica l'infermiere come "responsabile dell'assistenza generale infermieristica" e, implicitamente, ipotizza l'esistenza di un infermiere specialista.

Lo stesso profilo di fatto identificava 5 settori relativi alla formazione post-base, che rappresentavano dei titoli preferenziali per l'esercizio di ulteriori competenze e comunque vincolati alle condizioni di fatto e quindi temporanei (vedi comma 7, box 1).

Anche la legge 43/2006 ha definito dei livelli di specializzazione legati al percorso formativo nell'articolo 6, comma 1 quali:

- a) professionisti in possesso del diploma di laurea, gli infermieri generalisti;
- b) professionisti coordinatori, con master di coordinamento;
- c) professionisti specialisti, con master specialistici;
- d) professionisti dirigenti con laurea magistrale/specialistica.

Su questo punto, ancora in attesa di pieno riconoscimento contrattuale, un aspetto della debolezza della posizione è rappresentata dalla scelta di attribuire ai Master (clinici o di coordinamento), il valore di requisito abilitante, considerando che per le Università i Master non sono dei veri e propri titoli di studio ma solo dei corsi di perfezionamento/aggiornamento. Una scelta alternativa forte, sarebbe stata quella di caratterizzare i due anni di laurea specialistica con tre indirizzi differenti legati alla forma-

zione/ricerca, alla organizzazione e alla clinica (con 1 anno uguale per tutti e il secondo anno specifico per le diverse aree specialistiche). È ovvio che questa soluzione avrebbe risolto l'altro grande ostacolo a questo percorso costituito dalla carenza di risorse economiche disponibili che, con tutta probabilità sta alla base dei rinvii contenuti negli ultimi due contratti.

Box 1: Le "specializzazioni" previste dal profilo dell'infermiere (art. 1, commi 5-7):

5. La formazione infermieristica post - base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:
 - a. sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
 - b. pediatria: infermiere pediatrico;
 - c. salute mentale - psichiatria: infermiere psichiatrico;
 - d. geriatria: infermiere geriatrico;
 - e. area critica: infermiere di area critica.
6. In relazione a motivate esigenze emergenti dal Servizio sanitario nazionale, potranno essere individuate, con decreto del Ministero della sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica.
7. Il percorso formativo viene definito con decreto del Ministero della sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recede in presenza di mutate condizioni di fatto.

andando a connotare maggiormente e concretamente il concetto di Infermiere come professione sanitaria, definito dalla legge 42/99.

Se questa è la strada, gli infermieri non possono sottrarsi, sbandierando chissà quali vincoli disciplinari o di principio. Anzi, proprio per non infrangere il patto con i cittadini, gli infermieri devono e possono accettare tutte le sfide che la nuova sanità e i bisogni emergenti pongono.

È altrettanto vero che non è possibile chiedere maggiori competenze agli infermieri senza, allo stesso modo, introdurre degli incentivi economici correlati al livello di responsabilità richiesto e necessario.

Con questo auspicio, approfitto per augurare a tutti un sereno Natale ed un felice Anno Nuovo.

Tornando al tema della specializzazione, la questione che si pone ulteriormente è se l'orientamento assunto dalle circostanze enunciate nell'introduzione a questo articolo siano coerenti con la cornice legislativa delineata o se tendono a superarla verso una nuova regolamentazione.

Mi pare di poter dire che l'acquisizione di una tecnica o di una particolare competenza (più o meno infermieristica) da sola non possa determinare se lo sviluppo è disciplinare oppure no.

La dimensione professionale (e quindi disciplinare) non può essere superata dalla singola tecnica che deve essere inquadrata correttamente per quello che rappresenta effettivamente - una opportunità per dare risposte sempre più competenti ai cittadini.

Mi pare anche di poter affermare che il tutto sia coerente con il quadro normativo



Box 2: Cosa è il SEE and TREAT? Il "See and Treat" è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori che ha avuto rapida ed estesa diffusione nel Servizio Sanitario Nazionale inglese e che è risultato efficace soprattutto nel contenimento delle attese. La regione Toscana con la **D.G.R. 958 del 17/12/2007** "Proposta di sperimentazione del modello S&T come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori", propone un progetto di sperimentazione del modello S&T in sei Pronto Soccorso della Regione con il quale si affida, ad un infermiere opportunamente formato e certificato, la possibilità di gestire una parte ben definita e ben identificata di pazienti afferenti per problematiche minori. Durante la fase di sperimentazione è prevista la condivisione su ciascun caso con il medico tutor che valida l'appropriatezza e la coerenza del trattamento attuato dall'infermiere.

Il S&T può essere considerato un'estensione del triage di PS sul quale è stata intrapresa una diffusa opera di omogeneizzazione e modernizzazione. Nella fase di triage oltre alla priorità viene, con il S&T, assegnato un percorso specifico, differenziato sul piano professionale.

L'aspetto legato all'attribuzione all'Infermiere di una maggiore responsabilità ed autonomia operativa in situazioni ben definite, pre-determinate, rappresenta l'innovazione più significativa che promuove questo professionista dall'essere figura prevalentemente collaborativa.

La finalità principale di tale sperimentazione è verificare la possibilità di un'ottimizzazione dei tempi di risposta all'utenza, delle risorse e dei tempi a disposizione nei servizi attraverso la valorizzazione della professionalità infermieristica che consente, al contempo, la possibilità di concentrare le risorse mediche sui casi a maggiore complessità clinica.

L'infermiere, dopo un percorso formativo che certifichi le competenze acquisite potrà gestire in autonomia secondo procedure, protocolli e linee guida casistiche minori nelle diverse specialità arrivando anche ad effettuare trattamenti farmacologici e prescrivere esami radiologici su protocolli.