

INFERMIERI PROFESSIONALI  
ASSISTENTI SANITARI  
VIGILATRICI D'INFANZIA



Protocollo

P. 5769/III 01

Data

12 SET 2016

Rif.

Tavolo tecnico Professione  
Infermieristica - Contributo  
FNC IPASVI

Oggetto

Ill.mo Dottor  
Vito De Filippo  
Sottosegretario di Stato  
Ministero della salute

00184 Roma  
Via Agostino Depretis 70  
Telefono 06/46200101  
Telefax 06/46200131  
Cod. Fisc. 80188470581

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Illustre Sottosegretario,

trasmettiamo in allegato il contributo di questa Federazione al documento elaborato dal tavolo tecnico per la Professione infermieristica.

Il contributo, già inviato a suo tempo al coordinatore del tavolo Maurizio Zega, mantiene i contenuti e l'impianto elaborati dal tavolo, rendendoli però più snelli e fruibili.

Oltre ad auspicare la condivisione del nostro contributo da parte Sua e del Ministero, chiediamo che quanto prodotto dal tavolo tecnico per la Professione infermieristica, venga inoltrato alla Conferenza delle Regioni perché possa avere diffusione a livello locale e alla Conferenza Stato-Regioni per sua definitiva, rapida, approvazione.

Cordiali saluti

La presidente

Barbara Mangiacavallo

Allegato cs



## **Ministero della Salute**

### **tavolo tecnico infermieri**

#### **Contributo della FNC Ipasvi**

##### **1. Profilo di salute: quadro di riferimento**

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

L'ultimo rapporto OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico - Health of Glance 2015) ha evidenziato che la speranza di vita<sup>1</sup> nei Paesi aderenti, continua ad aumentare costantemente in media di 3-4 mesi ogni anno pur persistendo ampie differenze tra le diverse Nazioni e gruppi sociodemografici. Questo, sia grazie al miglioramento generale delle condizioni di vita e del livello di istruzione, sia grazie al miglioramento della qualità delle cure e ai progressi della medicina (OECD, 2016). Secondo l'OCSE, l'Italia è il quarto Paese con la più alta aspettativa di vita - intorno a 82,8 anni - pur se i dati ISTAT confermano che la speranza di vita alla nascita diminuisce nell'anno 2015 stante che, per gli uomini si attesta a 80,1 anni - da 80,3 del 2014 - e per le donne a 84,7 anni - da 85 del 2014. (Istat, 2015).

La variazione dell'aspettativa di vita alla nascita può essere attribuita ai tagli dei fondi sanitari destinati alla prevenzione visto che l'Italia destina solo il 4,1% della spesa sanitaria totale alle attività di prevenzione (Osservasalute, 2015).

Nel nostro Paese, in controtendenza con la speranza di vita alla nascita, gli anni vissuti in buona salute nei cittadini con età superiore ai 65 anni, sono tra i più bassi: 7 anni senza disabilità per le donne e circa 8 anni per gli uomini.

Il dato italiano evidenzia che l'offerta di assistenza a lungo termine e alle persone anziane, risulta essere inferiore rispetto a quella erogata nella maggior parte dei paesi considerati (OCSE, 2016) e non in grado di rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni di pazienti cronici, fragili, non autosufficienti e sempre più longevi.

---

<sup>1</sup> La speranza di vita in buona salute viene calcolata sulla salute percepita, limitazioni nelle attività della vita quotidiana e malattie croniche. Questo indicatore è stato introdotto nel 1970 ed è utilizzato per comprendere se l'allungamento della vita media è stato accompagnato da un aumento degli anni vissuti in buona salute o da un aumento degli anni vissuti in cattiva salute. È stato scelto nel 2004 come uno degli indicatori strutturali da utilizzare per la verifica degli obiettivi strategici dell'Unione Europea, sotto il nome di "anni vissuti in buona salute" (HLY-Healthy Life Years).



L'Istituto superiore di sanità rileva che le analisi contenute nel Rapporto Osservasalute segnalano numerosi elementi di criticità: il trend in diminuzione delle risorse pubbliche - in generale - rese disponibili per la sanità, l'aumento dell'incidenza di alcune patologie tumorali prevenibili, l'esigua parte delle già ridotte risorse pubbliche messa a disposizione per la prevenzione. Elementi questi che rendono particolarmente difficile un intervento proattivo sui problemi di cronicità e fragilità<sup>2</sup>.

Non deve essere sottovalutato, infatti, che, per una efficace ed equa strutturazione di sistema, sia sanitaria, sia economica, è necessario non solo riflettere sul prevedibile ed elevato sviluppo di malattie croniche come tumori, patologie cardiovascolari e neurodegenerative ma anche sul fatto che spesso nello stesso individuo sono compresenti più patologie. La comorbidità può comportare una diminuzione della capacità di impegnarsi in attività quotidiane, una maggiore dipendenza dagli altri per le funzioni vitali di base ed una maggiore difficoltà di accesso ai servizi territoriali, elementi che introducono a tutti gli effetti la descrizione del cosiddetto "soggetto fragile" (Gobbens et al., 2010; Wong et al., 2010).

Il soggetto fragile spesso raggiunge tale condizione perché non ha possibilità di accedere ad una serie di servizi territoriali, pur essendo funzionalmente competente (Liotta et al., 2012). Il Rapporto CENSIS del giugno 2016 individua in 3.167.000 (il 5,5% della popolazione) i non autosufficienti in Italia. Tra questi, le persone con non autosufficienza grave in stato di confinamento, cioè costretti in via permanente a letto, su una sedia o nella propria abitazione per impedimenti fisici o psichici, sono 1.436.000.

Esiste un modello tipicamente italiano di long term care, basato sulla centralità della famiglia; oggi però il modello soricchiola, mostrando crepe che rendono urgente la messa in campo di soluzioni alternative (QuotidianoSanità giugno 2016).

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

La crisi economica e l'introduzione dei termini economici in sanità, ha prodotto nel tempo un ridisegno del "contenitore salute" in relazione al fatto che, in un contesto come quello delineato, i percorsi di cura non possono concludersi all'interno dell'ospedale, né identificarsi con l'assistenza offerta dalle cure primarie.

---

<sup>2</sup> Le patologie cronicodegenerative sono responsabili di circa l'80% della mortalità e di circa il 70% delle spese sanitarie nell'intera popolazione con una prevalenza in continua ascesa (Istat, 2014). I dati Istat 2012 riconoscono tra le cause più frequenti di mortalità le malattie ischemiche del cuore (12% del totale dei decessi) a cui seguono le malattie cerebrovascolari (circa 10% del totale dei decessi) e altre patologie cardiache di origine non ischemica (Osservasalute, 2015).



I percorsi di cura devono essere integrati tra ospedale e territorio e tra territorio ed ospedale e devono tendere anche a evitare l'isolamento sociale che può essere causa di frequenti riospedalizzazioni (Giulli et al., 2012).

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

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

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

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

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

## **2. Contestualizzazione normativa**

L'evoluzione scientifica e i mutamenti epidemiologici, demografici, e socio-economici presenti nel contesto analizzato, richiedono a tutte le professioni sanitarie una diversa rappresentazione della loro struttura disciplinare e dei risultati ed esiti che sono in grado di perseguire e garantire. La professione infermieristica da tempo si sta interrogando su



come meglio approfondire ed innovare i ruoli e le funzioni che le appartengono, i contenuti professionali e le proprie competenze anche attraverso un coerente ridisegno formativo, organizzativo e assistenziale.

La formazione accademica<sup>3</sup> ha fornito agli infermieri una preparazione culturale, tecnica e organizzativo-gestionale sicuramente elevata che viene riconosciuta in tutti gli ambiti in cui gli infermieri operano: assistenza in tutte le sue molteplici espressioni, docenza e ricerca e organizzazione e gestione manageriale.

Ma nonostante tale diffuso riconoscimento, si rende ancora oggi necessario:

- delineare una reale e coerente spendibilità all'interno delle Strutture sanitarie pubbliche, private e universitarie degli studi effettuati e delle acquisite competenze;
- aumentare il reclutamento di infermieri stante il divario in negativo rispetto alla media OCSE (90x10.000) promuovendo altresì una loro distribuzione omogenea sull'intero territorio nazionale;
- definire formalmente uno sviluppo di carriera correlato agli effettuati percorsi formativi/acquisizione e riconoscimento delle competenze pregresse, così come anche indicato dal recente D.lgs n°15/16<sup>4</sup>;

Il D.lgs 15/16 - quindi l'Europa - trattando dell' "Infermiere generalista" ribadisce e conferma quanto già da tempo attribuito giuridicamente agli infermieri italiani, ossia:

1. la competenza di individuare autonomamente le cure infermieristiche necessarie ai pazienti utilizzando le conoscenze teoriche e cliniche attuali nonché di pianificare, organizzare e prestare le cure infermieristiche nel trattamento dei pazienti, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite (e già indicate nel Dlgs 206/2007, ndr), in un'ottica di miglioramento della pratica professionale;
2. la competenza di lavorare efficacemente con altri operatori del settore sanitario, anche per quanto concerne la partecipazione alla formazione pratica del personale sanitario sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite;
3. la competenza di orientare individui, famiglie e gruppi verso stili di vita sani e l'autoterapia, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite ai sensi del comma 6, lettere a) e b);
4. la competenza di avviare autonomamente misure immediate per il mantenimento in vita e di intervenire in situazioni di crisi e catastrofi;
5. la competenza di fornire autonomamente consigli, indicazioni e supporto alle persone bisognose di cure e alle loro figure di appoggio;

---

<sup>3</sup> Il suo attuale assetto prevede un Diploma di laurea di 1° e un Diploma di laurea di 2° livello, Master di I e II livello e il Dottorato di ricerca.

<sup>4</sup> Il D.lgs n°15/2016 recepisce la direttiva dell'Unione europea 2013/55/UE per il riconoscimento delle qualifiche professionali / Regolamento Comunitario n. 1024/2012.



6. la competenza di garantire autonomamente la qualità delle cure infermieristiche e di valutarle;
7. la competenza di comunicare in modo esaustivo e professionale e di cooperare con gli esponenti di altre professioni del settore sanitario;
8. la competenza di analizzare la qualità dell'assistenza in un'ottica di miglioramento della propria pratica professionale come infermiere responsabile dell'assistenza generale".

Ancora di più, ed anche alla luce di tale ulteriore conferma normativa, è necessario attivare anche la formazione infermieristica di tipo specialistico e sostenere lo sviluppo di carriera dei professionisti infermieri oltre che introdurre misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle attività professionali e nel loro utilizzo nell'organizzazione sanitaria e socio sanitaria.

I documenti "Revisione sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia" Divisione Salute OCSE (2015) e il Rapporto Annuale ISTAT 2015 a loro volta sottolineano che, per il mantenimento dei principi che definiscono il SSN e per la sostenibilità complessiva del Sistema, è necessario dare maggiore forza e spazio alle potenzialità dei professionisti sanitari, innovare i modelli organizzativi e i processi di lavoro e aumentare l'efficienza e l'appropriatezza del Sistema stesso.

In tale quadro, secondo la FNC Ipasvi è necessario *"... un approccio più "solido" e "ambizioso" nella ridefinizione dei modelli organizzativi e assistenziali e, soprattutto, nell'innovazione e ridefinizione dell'assistenza primaria, ancora prevalentemente orientata a servizi "tradizionali" anziché "di iniziativa", ossia impostati sulla logica "dell'andare verso il cittadino", sulle reti multiprofessionali di presa in carico e di continuità assistenziale .... ampliare l'assistenza nel domicilio, attivare gli ospedali di comunità, le case della salute e i servizi ambulatoriali di prossimità. Modalità assistenziali, tutte, in cui le professioni sanitarie - infermieri in primis - costituiscono una risorsa fondamentale".* Non deve inoltre esser di dimenticato che *"Anche le indicazioni e gli obiettivi contenuti nel vigente Patto per la salute 2014-2016 prendono atto del contesto demografico ed epidemiologico e pongono specifica attenzione all'efficacia, all'appropriatezza, alla sostenibilità del Sistema e alla necessità di valorizzare, rafforzandolo, il patrimonio professionale operante nel Sistema stesso. La legge 190/2015 - comma 566 - richiama a sua volta gli orientamenti del Patto per la salute e pone le basi per intervenire su ruoli, funzioni e modalità operative dei professionisti sanitari, sostenendo l'evoluzione delle loro competenze - anche attraverso percorsi di formazione complementare - e privilegiando i sistemi a rete e il lavoro in squadra."*(Doc. Cc - FNC 2015).

L'articolato modello di evoluzione delle competenze infermieristiche delineato dalla FNC Ipasvi, che si richiama al Patto per la salute e alla bozza di accordo Stato-Regioni sulle competenze avanzate, delinea percorsi che vogliono garantire l'irrobustimento e l'approfondimento delle conoscenze e delle capacità dell'infermiere sia per quanto attiene l'organizzazione e la gestione, sia per quanto attiene la soddisfazione dei bisogni di



assistenza infermieristica, l'erogazione e valutazione di prestazioni e risultati e il governo dei processi assistenziali. Su tale impostazione prendono corpo le specializzazioni infermieristiche che si basano sull'approfondimento disciplinare del processo di assistenza e sul disegno delle abilità tecniche da utilizzare in un esercizio professionale omogeneo su tutto il territorio nazionale.

L'apertura del percorso formativo e il successivo utilizzo nelle strutture organizzative territoriali rafforza la corrispondenza diretta tra le competenze, le correlate attività e la responsabilità professionale dell'infermiere generalista, dell'infermiere con perfezionamento e specialista, nell'ambito della prevenzione, della cura e dell'assistenza oltre che dell'educazione sanitaria, con un approccio globale alle necessità della persona fin dalla fase che precede il loro manifestarsi. Il campo proprio di attività e quindi di esercizio delle competenze/responsabilità,<sup>5</sup> è da intendersi in continuo divenire per il progressivo abbandono dei modelli tradizionali dell'assistenza sanitaria e si appalesa del tutto coerente con la crescita culturale dei professionisti sanitari, infermieri in primis, quale vero fondamento dell'intero processo di adeguamento dell'offerta sanitaria.

### **3. Evoluzione della risposta assistenziale territoriale**

In un quadro sociale articolato come l'attuale, vi è la necessità di affrontare la complessità delle diverse espressioni sociali e sanitarie anche equilibrando il sistema sanitario nelle sue diverse espressioni sia di tipo ospedaliero che di tipo territoriale.

Il riorientamento consistente di competenze, professionalità, attività e servizi deve rivolgersi verso la prevenzione e le attività di tipo territoriale, al fine di creare un sistema di assistenza e di cura "di prossimità", in grado di garantire una presa in carico globale del cittadino e una risposta ai problemi prevalenti di salute, evitando che tali problemi trovino risposta inappropriata in ambito ospedaliero caratterizzandosi, conseguentemente, per medicalizzazione e tecnicizzazione spinta<sup>6</sup>.

Si impone in modo ormai improrogabile il ripensamento dell'intera offerta sanitaria e socio sanitaria; entrambe devono essere volte non solo ad assicurare adeguate risposte agli eventi acuti correlati all'aumento della prevalenza e dell'incidenza di patologie cronico-degenerative, ma anche a garantire efficaci strategie preventive e pro-attive, attraverso l'attivazione di setting assistenziali che consentano di affrontare e gestire, in un'ottica di

<sup>5</sup> Dm 739/94 – Dm n.70/97 - L.n.42/99 – L.n.251/200 – L.n.17/2002 – L.n.43/2006 – L.190/2016 – Il D.lgs n°15/2016

<sup>6</sup> 29 luglio 2004 "Accordo fra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sugli indirizzi progettuali per le Regioni per l'anno 2004" ... Fermo restando l'autonomia delle singole Regioni rispetto ai propri modelli organizzativi del Servizio Sanitario regionale, l'attivazione di collegamenti a rete dei servizi presenti sul territorio, la valutazione multidimensionale e multidisciplinare sono gli strumenti indispensabili per sviluppare un'assistenza di qualità alle persone non autosufficienti e ai soggetti affetti da patologie croniche. Strategica è in tal senso l'attivazione di un *coordinamento tra strutture sanitarie presenti sul territorio a diverse intensità* di diagnosi e cura per garantire che il paziente cronico venga preso in carico e gestito così da ottenere in ogni momento la prestazione più appropriata, nel luogo più appropriato";