

Il Tavolo Tecnico sulla professione infermieristica riprende il cammino (con l'auspicio che "il cammino" si trasformi "in corsa")

Si è trattato di una pausa molto lunga. Quando ci si ferma difficilmente si "mantiene la posizione". Solitamente si torna indietro. È quello che è successo agli Infermieri. Non credo sia particolarmente rilevante individuare gli errori o chi ha sbagliato. E' più opportuno individuare i problemi e lavorare per "sanarli".

Recentemente il Sottosegretario alla Salute Dott. Vito De Filippo ha avuto modo di affermare (QS 10 maggio 2016) che *"nel nostro paese, così come accade a livello internazionale, l'istanza di garantire percorsi di cura in grado di offrire risposte appropriate ai bisogni emergenti di salute, nel rispetto dei vincoli economici imposti al Ssn, fa emergere la necessità di rimodulare in termini organizzativo - gestionali le attuali modalità di erogazione del servizio"*.

Nello stesso documento il Dott. Vito De Filippo, oltre ad individuare 5 progetti di grande rilevanza per lo sviluppo degli Infermieri e dell'Infermieristica, comunica, con particolare enfasi, la ripresa del cammino del Tavolo Tecnico, individuando anche le problematiche di maggiore rilevanza:

1. linee guida relativamente all'assistenza residenziale: anziani, pazienti psichiatrici, rems;
2. linee guida relativamente agli standard ospedalieri/territoriali di riferimento per le dotazioni organiche comprensive di linee di indirizzo per la gestione delle risorse con prescrizioni.
3. linee di indirizzo per l'appropriato utilizzo di risorse umane all'ingresso del percorso e al termine dello stesso per i professionisti con età maggiore ai 55 anni o impegnato in attività ad elevata usura.
4. elaborazione di proposte per l'individuazione delle competenze degli infermieri specialisti in attuazione dell'articolo 6 della legge 43/06 nelle aree indicate dalla proposta di Accordo Stato-Regioni sulle competenze avanzate e specialistiche delle professioni infermieristiche;
5. linee guida relativamente agli ambiti di competenza avanzata e delle conseguenti aree di prescrittività infermieristica;
6. linee guida per la definizione di attività dell'operatore socio sanitario (OSS) secondo quanto previsto dal vigente accordo in materia;
7. linee di regolamentazione dello sviluppo dell'assistenza infermieristica nell'ambito di comunità, cure domiciliari, servizi ambulatoriali e territoriali;
8. linee di indirizzo per la regolamentazione, negli ambiti socio assistenziale sanitario a regime privato convenzionato e non, dell'utilizzo e riconoscimento dell'infermiere;
9. linee guida per l'attuazione di quanto previsto dall'art.1, comma 3 della legge 251/00 e cioè "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;"
10. definizione/ridefinizione dei percorsi di studio degli infermieri e dei modelli formativi utilizzabili;
11. sviluppo dell'attività di ricerca infermieristica;

Colpisce molto il riferimento costante al concetto di "linea guida".

Il Giurista L. Benci afferma che *"è noto che da sempre le linee guida vengono definite "raccomandazioni"; termine che richiama di fatto uno strumento non cogente e non obbligatorio.*

Le linee guida dovrebbero quindi la fonte principale di ispirazione dell'azione dell'esercente la professione sanitaria in quanto basate sulla migliore letteratura disponibile, in un determinato momento storico, basata su quella che oggi viene definita l'evidenza scientifica. Si fa' quindi riferimento all'attività clinica. E' una precisazione opportuna in quanto le linee guida assumono, talvolta, caratteristiche organizzative, più che cliniche. Cambiano anche le fonti di riferimento: nel caso delle linee guida cliniche sono le migliori riviste scientifiche e le società scientifiche che le pubblicano, nel caso delle linee guida a valenza organizzativa la fonte di riferimento è rappresentata da enti pubblici". (L.BENCI)

Fermo restando il fatto che gli "strumenti cogenti" hanno un peso decisamente superiore alle "linee di indirizzo", soprattutto per i cambiamenti necessari per lo sviluppo e la riorganizzazione del Servizio Sanitario, va comunque apprezzato lo sforzo per far ripartire un Tavolo Tecnico fermo da troppo tempo e l'individuazione di alcune argomentazioni "core".

A seguire alcune considerazioni, riflessioni e proposte per ogni singolo punto:

1. Linee guida relativamente all'assistenza residenziale: anziani, pazienti psichiatrici, rems

Tali indirizzi (cogenti) dovrebbero riguardare in particolare la definizione di un progetto complessivo, di competenza e responsabilità di ogni singolo Governo Regionale, comprendente anche la riabilitazione, da realizzarsi attraverso un Atto Ministeriale, al pari di quanto è avvenuto con il Decreto 70/2015, riguardante gli standard ospedalieri. In particolare è necessario che trovino definizione:

- gli standard di riferimento per la distribuzione nei territori regionali per ogni singola tipologia di struttura, tenuto conto dei continui mutamenti riguardanti le situazioni demografiche, epidemiologiche e socio-economiche (di competenza e responsabilità dei Governi Regionali);
- la destinazione d'uso di ogni singola struttura e le caratterizzazioni assistenziali (di competenza e responsabilità dei Governi Regionali);
- i requisiti per l'accesso ad ogni tipologia di struttura (di competenza e responsabilità dei singoli governi regionali);
- le modalità di accesso alle strutture (di competenza e responsabilità delle Aziende Sanitarie);
- la definizione dei percorsi e dei processi (di competenza e responsabilità delle Aziende Sanitarie);
- i tempi massimi di degenza per ogni tipologia di struttura;
- i costi per il Sistema e gli eventuali costi per l'utenza;
- i ruoli e le responsabilità gestionali e direzionali, tenuto conto della caratterizzazione di ogni singola struttura e della funzione prevalente nell'ambito degli specifici setting assistenziali (clinica o assistenziale o riabilitativa). Al proposito è importante tenere conto che – ad oggi – oltre 10.000 infermieri hanno completato il percorso di Laurea Magistrale nella Classe 1, con la conseguente acquisizione di saperi facilmente spendibili nelle strutture prese in considerazione;
- i requisiti curriculari richiesti per la copertura dei posti di cui sopra;
-

PROPOSTA STANDARD OSPEDALI (fonte Ministero della Salute) - Il Sole 24 ore – Sanità – n. 3 2013					
Regioni	p.l. Strutture Pubbliche			p.l. Strutture Private	
	pl acuti	pl lungod./riab.	Totale	n. strutture < 60 pl	totale p.l.
Piemonte	449	-1.292	-843	11	274
Valle d'Aosta	-87	77	-10	0	0
Lombardia	-1.426	-911	-2.337	18	431
P.A. Bolzano	-359	30	-329	3	62
P.A. Trento	-218	-152	-371	1	45
Veneto	-1.225	693	-532	7	237
Friuli V.Giulia	-690	542	-149	1	20
Liguria	-235	528	293	1	16
Emilia Romagna	-2.007	-536	-2.543	15	399
Toscana	-106	1.573	1.467	13	426
Umbria	94	359	453	4	168
Marche	-426	326	-100	5	192
Lazio	-1.644	-319	-1.963	19	561
Abruzzo	-208	240	32	3	95
Molise	-99	-86	-185	3	104
Campania	-1.710	1.875	165	23	918
Puglia	-890	1.179	289	16	508
Basilicata	-107	39	-68	1	56
Calabria	-940	355	-585	12	407
Sicilia	-918	1.415	497	33	1.023
Sardegna	-1.291	720	-572	3	97
TOTALE	-14.043	6.655	-7.391	192	6.039

La riorganizzazione del Sistema Sanitario a livello di ogni singola regione dovrà tenere conto delle necessità di riequilibrare gli assetti delle strutture per acuti e delle strutture residenziali, tenuto conto sia degli standard di riferimento, sia delle priorità assistenziali della Regione.

Un ulteriore supporto può essere dato dall'Artt. 5 – comma 17 (ospedali di comunità) e dall'Art. 6 del Patto per la Salute 2014-2016.

L'analisi delle tipologie degli utenti e le caratterizzazioni dei setting assistenziali consentiranno di definire al meglio la tipologia e la numerosità delle risorse necessarie al funzionamento delle strutture (vedi punto 2), nel rispetto delle auspicabili prossime determinazioni Ministeriali, .

2. Linee guida relativamente agli standard ospedalieri/territoriali di riferimento per le dotazioni organiche comprensive di linee di indirizzo per la gestione delle risorse con prescrizioni.

Si tratta di 4 macro-argomenti con caratterizzazioni estremamente diverse, in particolare:

1. gli standard di riferimento per la determinazione delle dotazioni organiche nelle strutture ospedaliere;
2. gli standard di riferimento per la determinazione delle dotazioni organiche nelle strutture residenziali;
3. gli standard di riferimento per la determinazione delle dotazioni organiche nei servizi domiciliari;
4. la gestione delle risorse con prescrizioni della sorveglianza sanitaria;

1. La determinazione delle dotazioni organiche nelle strutture ospedaliere

La determinazione degli standard ospedalieri (assistenziali) dovrebbe essere successiva all'applicazione del Decreto Ministeriale 70/2015 ... anche se, da un punto di vista metodologico, la determinazione di standard assistenziali può anche precedere l'applicazione del Decreto sopra citato.

Gli standard assistenziali ospedalieri fanno riferimento a norme nazionali (es. Decreto Donatt Cattin del 1988) e ad indirizzi definiti in tempi successivi da alcune regioni per consentire la quantificazione delle risorse necessarie per ogni tipologia di struttura presente nel territorio regionale.

In entrambi i casi, stante le situazioni di "gravità di patologia" e di "severità di cure", significativamente diverse rispetto al passato, tenuto conto anche delle evoluzioni scientifiche e tecnologiche che hanno interessato il Sistema Sanitario, con conseguenti necessità di un numero maggiore di risorse, i riferimenti attuali risultano essere tanto lontani dalle reali esigenze dei cittadini e dalle necessità di funzionamento dello stesso sistema.

Approfondimenti più recenti (es. CLIO, ICA, MAP, etc.) sono stati sicuramente degli importanti studi per il "ripensamento" dei criteri per la determinazione delle dotazioni organiche ... purtroppo rimasti tali!

Ricerche ed approfondimenti tratti dalla letteratura più recente (*1), con riferimento ai "minutaggi di assistenza" in strutture generalistiche di medicina e chirurgia, considerando l'integrazione Infermieri /OSS (70%-30%), hanno determinato uno standard di almeno 200'-220' per un'assistenza definita "accettabile" (tanto distante dalla maggior parte delle situazioni Italiane).

È necessario che gli Infermieri, attraverso le proprie Società Scientifiche, magari "su guida" federativa, arrivino ad autodeterminare le necessità di risorse (per numerosità e per tipologia), sulla base delle evidenze scientifiche e metodologiche, nonché dei reali carichi di lavoro che caratterizzano i processi assistenziali, al pari di quanto avviene in altre professioni (es. il medico).

In analogia a quanto avvenne nel 1988, con il Decreto Donatt Cattin, potrebbe risultare di grande rilevanza una posizione governativa di "cogenza", al fine di consentire delle migliori condizioni nelle fasi di progettazione, monitoraggio, verifica e valutazione.

(*1) *Ig. Sanità Pubbl. 2011; 67: 777-792*

Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure: esiti di una consensus conference

Luisa Saiani1, Annamaria Guarnier2, Paolo Barelli2, Paola Zambiasi2, Elisabetta Allegrini 3, Letizia Bazoli 4, Paola Casson5, Giorgio Magon6, Meri Marin7, Marisa Padovan 8, Michele Picogna9, Patrizia Taddia10, Daniele Salmaso11, Paolo Chiari12, Oliva Marognoli3, Alvisa Palese13

Ad integrazione di quanto definito:

- per le piastre chirurgiche il criterio potrebbe essere quello della determinazione di n. 3 infermieri per letto operatorio (o, in alternativa, 2 infermieri e 1 OSS), da rapportare con il n. di letti chirurgici attivabili contemporaneamente, all'attivazione delle sale chirurgiche H7 o H12, alla presenza o meno di una "guardia attiva" notturna e festiva diurna.
- per le aree interventistiche (es. emodinamica, radiologia interventistica, etc.) il criterio potrebbe essere lo stesso delle piastre chirurgiche;
- per le strutture dell'emergenza (es. Pronto Soccorso) il criterio potrebbe riferirsi:
 - alla numerosità degli accessi dell'utenza;
 - alla strutturazione del triage;
 - alla presenza/assenza dell'OBI e alla strutturazione e organizzazione di tale funzione;
 - alla presenza/assenza della shock-room con personale dedicato H12 / H24;
 - alla numerosità delle stanze di accettazione e di stazionamento degli utenti;
 -
- per i Servizi e le strutture ambulatoriali il criterio potrebbe essere quello dell'attenta analisi della fascia oraria di apertura del servizio/ambulatorio, del reale carico di lavoro e del "tempo lavoro" e, sulla base di ciò, determinare le risorse necessarie, definendo anche gli ambiti dove assicurare il supporto assistenziale e dove limitarsi al front/back-office.
- per le funzioni di logistica interna il criterio potrebbe essere quello dell'analisi di tutte le attività dei servizi dedicati all'utenza interna e la relativa distribuzione nelle fasce orarie, comparate con i tempi di percorrenza, tenuto conto del rispetto delle normative vigenti in tema di sicurezza (trasporti con 1 o 2 operatori. Un'altra importante variabile è la presenza/assenza di un servizio H12 o H24, da rapportare ai volumi di attività e alle reali necessità.

2. La determinazione delle dotazioni organiche nelle strutture residenziali

Gli standard assistenziali per le strutture residenziali territoriali presentano sovrapposizioni molto forti a quanto già definito relativamente alle strutture ospedaliere.

Per i servizi di tipo ambulatoriale, in analogia a quanto definito per le stesse strutture inserite nei contesti ospedalieri, il criterio potrebbe essere quello dell'attenta analisi della fascia oraria di apertura del servizio/ambulatorio, del reale carico di lavoro e del "tempo lavoro" e, sulla base di ciò, determinare le risorse necessarie, definendo anche gli ambiti dove assicurare il supporto assistenziale e dove limitarsi al front/back-office.

3. La determinazione delle dotazioni organiche nei servizi domiciliari

La situazione risulta essere molto più complessa per quanto concerne i servizi territoriali e domiciliari dove, prima ancora di definire le necessità di risorse, è necessario definire un nuovo progetto che parta dall'analisi dei nuovi bisogni della popolazione, tenuto conto sia delle mutate condizioni demografiche, epidemiologiche e socio-economiche, sia dei nuovi indirizzi normativi (attivazione delle UCCP e AFT, in applicazione dei principi definiti dal Decreto Balduzzi (D.L.158/2012) e dal Patto per la Salute 2014-2016.

Aspetti legati ai nuovi bisogni della popolazione

L'analisi demografica evidenzia:

- l'aumento della vita media;
- l'aumento delle famiglie costituite da una sola persona (7.667.305 su 24.611.766), circa 1/3 delle famiglie, prevalentemente rappresentate da situazioni di "vedovanza", con limitate possibilità di coinvolgimenti di tipo parentale;
-

L'analisi epidemiologica evidenzia:

- un aumento delle cronicità;
- un aumento delle fragilità e delle disabilità (almeno una persona ogni 10 famiglie – circa 2.500.000 persone. Il 9,7% interessante la fascia di età 70-74 aa. Il 17,8% interessante la fascia di età 75-79 aa. Il 44,5% interessante la fascia di età > di 80 aa. - Dati studi "codice argento");
- una diminuzione dei livelli di autonomia delle persone;
- un aumento dei livelli di dipendenza;
- un aumento della domanda di servizi e prestazioni sanitarie;
-

Inoltre si riscontra un aumento dei decessi di persone con problematiche interessanti l'apparato cardio-vascolare, l'apparato respiratorio, l'apparato digerente e l'apparato nervoso, nonché l'aumento dei decessi di persone affette da patologie neoplastiche (dati ISTAT 2015 – rif. Annualità 2012).

Le situazioni descritte interessano prevalentemente le persone nella fascia di età 65/100 aa (Tab. 1), con indubbe necessità di pensare a servizi territoriali e domiciliari significativamente diversi rispetto ad oggi. La stessa linea progettuale dovrebbe riguardare il sistema delle cure palliative.

Analisi socio-economica evidenzia:

- l'aumento dell'età pensionabile e difficoltà a supportare le attività sociali e famigliari dei figli/nipoti;
- le difficoltà economiche per una percentuale molto alta di persone;
- le necessità di aiutare i figli, a loro volta in difficoltà, spesso in una condizione di disoccupazione;
- le scelte prioritarie (la salute in troppi casi viene passa in secondo piano);
- le modifiche negli stili di vita;
-

Tabella 1

		Decessi - Paese Italia - dati ISTAT 2015 - Rif. 2012				
Popolazione Italia (dati ISTAT 2015)		App. Card.Circ.	Tumore	App. Respirat.	Sist. Nervoso	App. Digerente
		230.160	177.351	43.444	42.380	23.416
età	n.	(>)	(>)	(>)	(>)	(>)
0-4	2.652.845					
5-9	2.866.152					
10-14	2.864.125					
15-19	2.863.938					
20-24	3.082.634					
25-29	3.282.413					
30-34	3.611.895					
35-39	4.253.808					
40-44	4.831.785					
45-49	4.971.852					
50-54	4.645.794					
55-59	4.019.042					
60-64	3.630.255					
65-69	3.561.371	13.633	31.751	2.252	2.184	2.757
70-74	2.962.274					
75-79	2.717.980	39.188	54.875	7.937	7.517	5.418
80-84	2.047.054					
85-90	1.264.039	103.925	56.200	20.461	20.068	9.145
90-94	555.492					
95-99	91.769					
100 e >	19.095	64.705	12.648	11.673	10.620	3.600
	13.219.074					
	22% popolazione	221.451	155.474	42.323	40.389	20.920
Totale	60.795.612					

Il Patto per la Salute 2014/2016 (oltre agli indirizzi dell'OMS e del PSN) prevede l'attivazione delle UCCP (Unità Complesse Cure Primarie) e delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali).

Il dettato normativo (Patto per la Salute 2014 - 2016) raccomanda importanti riorganizzazione anche per l'assistenza territoriale e le cure domiciliari, in particolare:

“ART.5 - Assistenza territoriale

1. Al fine di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, le Regioni, nell'ambito della propria autonomia decisionale ed organizzativa, istituiscono le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN come previsto dal comma 2 dell'art. 1 della legge 189/2012, per l'erogazione delle cure primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definito dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale.

2. Le UCCP costituiscono forme organizzative complesse, che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Regioni, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio. Il carattere multiprofessionale delle UCCP è garantito dal coordinamento tra le diverse professionalità, con particolare riguardo all'integrazione tra la medicina specialistica e la medicina generale. Le UCCP possono avvalersi, qualora previsto dalla programmazione regionale, di professionisti accreditati ai sensi della normativa vigente, nei limiti dei contratti stipulati dalla Regione e dalle Asl ai sensi dell'art. 8 quinquies del d.lgs. 502/92 e s.m.i., e nel rispetto dei vincoli di spesa previsti dalle disposizioni vigenti.

3. Ogni AFT della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata ad una UCCP. Le AFT della medicina generale, che coprono un bacino di utenza riferito a non più di 30.000 abitanti, rappresentano l'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino che esercita la scelta nei confronti del singolo medico.

... omissis

Le UCCP e le AFT hanno come compiti essenziali:

- *assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale tramite le AFT, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto),*
- *garantire la continuità dell'assistenza mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del FSE;*
- *garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della Medicina Generale.*
- *garantire la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni (relazionale, gestionale ed informativa), prevedendo l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera.*

... omissis

ART 22 - Gestione e sviluppo delle risorse umane

1. Al fine di garantire la nuova organizzazione dei servizi sanitari regionali, con particolare riferimento alla riorganizzazione delle rete ospedaliera, ai servizi territoriali e le relative forme di integrazione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità e delle non autosufficienze e di garantire un collegamento alla più ampia riforma della Pubblica Amministrazione, si conviene sulla necessità di valorizzare le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale e di favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica”.

Le nuove strutturazioni obbligano:

- La riorganizzazione del sistema delle Cure Primarie
- La riorganizzazione dell'Assistenza Domiciliare
 - prestazionale
 - presa in carico
 - ospedalizzazione a domicilio
 - palliazione “a domicilio”

La presa in carico infermieristica si dovrà realizzare attraverso:

- La definizione dei modelli organizzativi
- La definizione dei sistemi di cura e assistenza, a partire da modelli avanzati (informatizzati) di documentazione clinico-assistenziale-riabilitativa, al fine di consentire il passaggio immediato delle informazioni a tutti gli attori coinvolti;
- La definizione degli strumenti di lavoro indispensabili per la garanzia della continuità ed uniformità delle attività/prestazioni
- La definizione delle modalità di interazione e relazione
- La definizione dei sistemi di verifica e valutazione

È indubbio che la riorganizzazione non potrà “guardare” solo “al nuovo”, ma dovrà obbligatoriamente rivedere i vecchi modelli, a favore di nuove strutturazioni, nuove modalità organizzative e nuovi sistemi di cura e assistenza, anche attraverso una ri-distribuzione delle risorse, così come raccomandato dal livello governativo nel Patto per la Salute ove si recita “ ... omissis ... *si conviene sulla necessità di valorizzare le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale e di favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica”.*

Le forme sperimentali già in essere, con Infermieri assunti direttamente dalle UCCP/AFT (attraverso finanziamenti regionali), non sembra stiano offrendo servizi significativamente “avanzati” (si tratta prevalentemente di “un infermiere di studio”, piuttosto che “un infermiere di famiglia” ... con l'assistenza domiciliare che continua ad essere erogata dal SSR).

La vera innovazione potrebbe essere quella di prevedere una maggiore presenza dei MMG/PLS negli studi (con un allungamento degli orari di apertura, per una migliore presa in carico degli assistiti), in linea con i principi fissati dalle norme vigenti, e una presenza infermieristica (afferente al SSR – Infermiere di Famiglia) per le attività assistenziali territoriali e domiciliari (come già determinato dalla Regione Lombardia con la legge 23/2015 – art. 10 – comma 10).

Di seguito vengono riportati i possibili criteri per la determinazione delle dotazioni organiche necessarie per l'erogazione dei servizi domiciliari (tratti dalla letteratura più recente e/o da linee di indirizzo dei governi nazionali e regionali):

Il 1° criterio esprime un valore di tipo generalista (1 infermiere ogni 5.000 abitanti), senza differenziazioni legate alle diverse complessità assistenziali.

La tabella che segue evidenzia la situazione demografica del Paese Italia e le necessità di risorse infermieristiche per garantire i servizi e l'assistenza.

Criteri		Popolazione interessata	Necessità Infermieri	Note
Criterio 1	(1 Inf/5.000 abitanti)	60.795.612	12.159	

Il 2° criterio (rif. Scaccabarozzi) esprime valori diversi (percentualizzati) per le persone rientranti nelle fasce di età 65- 74 aa e >75aa.

La tabella che segue evidenzia la popolazione interessata (Paese Italia) e le necessità di risorse infermieristiche per garantire i servizi e l'assistenza (simulazioni con un rapporto infermiere/pazienti di 1:15 e 1:20).

Criterio 2 (Scaccabarozzi)	. 3,7% pop 65-74 aa	241.375	16.092	simulazione con rapporto inf/paz 1:15
	. Il 7% età > 75 aa	468.680	31.245	
			47.337	
	. 3,7% pop 65-74 aa	241.375	12.069	simulazione con rapporto inf/paz 1:20
	. Il 7% età > 75 aa	468.680	23.434	
			35.503	

Il 3° criterio (palliazione) fa riferimento a precisi indirizzi governativi e prevede un'assistenza di almeno 2 ore al giorno per ogni paziente.

La tabella che segue evidenzia la popolazione interessata, con riferimento ai decessi per patologia neoplastica (Paese Italia), con una simulazione di distribuzione (media) nell'arco di 12 mesi, con una previsione massima di un rapporto infermiere/pazienti di 1:3.

Criterio 3	(palliazione)	177.351	5.183	rapporto inf/paz 1:3 2 ore di assistenza paz/die
		(decessi tumore)		

Il 1° criterio appare troppo "generalista"; di contro, la sommatoria dei criteri 2 e 3 sembrano consentire l'adeguatezza del servizio di assistenza domiciliare.

Come anticipato in passaggi precedenti, ogni riorganizzazione che mira "al nuovo", lasciando invariato "il vecchio", è destinata a fallire.

Nel caso specifico, stante la riorganizzazione e l'innovazione verso la creazione delle UCCP/AFT, unitamente all'investimento nella figura infermieristica per i servizi domiciliari (così come raccomandato dall'OMS e dal PSN, nonché dal Patto per la Salute), è ragionevole prevedere una differenziazione dei massimali di assistiti per ogni MMG/PLS (un raggruppamento di medici può prendersi in carico un numero maggiore di utenti, rispetto ad una condizione di "lavoro individuale").

La tabella che segue riporta:

1. la distribuzione attuale di MMG/PLS/MGM e la media assistiti per ogni singolo medico;
2. una simulazione riguardante una diversa distribuzione degli assistiti (modifica massimali e conseguente aumento della media assistiti individuali);
3. la diversa necessità di MMG/PLS/MGM e il conseguente recupero economico, con la quantificazione della possibilità dell'investimento in risorse infermieristiche.

Se a tutto ciò si aggiunge la riorganizzazione del sistema della “Guardia Medica” si evince che è possibile implementare, ad iso-risorse, un servizio di grande rilevanza per la popolazione.

MMG		PLS		MGM
n.	media assistiti	n.	media assistiti	n.
45.437	1.156	7.656	879	12.027
Popolaz. Interessata	52.525.172	Popolaz. Interessata	6.729.624	

Simulazioni				
n.	media assistiti	n.	media assistiti	n.
35.016	1.500	7.656	879	12.027

Differenza	Recupero economico	capacità assunzione infermieri
10.421	937.890.000	23.447

4. La gestione delle risorse con prescrizioni

La gestione delle risorse con prescrizioni è sicuramente un problema di grande rilevanza, ripreso nel successivo punto 3.

Di maggiore complessità è la gestione delle assenze legate ai benefici di cui alla L. 104 (assenze lunghe e corte) e delle assenze per gravidanza.

E' necessario prevedere un pool di operatori, extra standard di riferimento, per garantire la copertura delle assenze legate a benefici di legge, al fine di garantire il funzionamento dei servizi e la continuità dell'assistenza.

3. Linee di indirizzo per l'appropriato utilizzo di risorse umane all'ingresso del percorso e al termine dello stesso per i professionisti con età maggiore ai 55 anni o impegnato in attività ad elevata usura.

L'argomentazione si presta maggiormente ad una “linea di indirizzo” per le Aziende Sanitaria, piuttosto che a criteri “cogenti” definiti a livello centrale.

Certamente si tratta di una forma di trasparenza nelle decisioni e nelle assegnazioni, a tutela degli operatori, comunque garantista nei confronti dell'utenza. In particolare è necessario definire:

- i criteri per l'assegnazione degli operatori (neo-assunti o neo-assegnati)
- i criteri per l'assegnazione a seguito di prescrizioni da parte della Sorveglianza Sanitaria

I criteri per l'assegnazione degli operatori (nuove assunzioni, mobilità in entrata da altre aziende, etc.)

1. esigenze per il funzionamento delle strutture
2. idoneità espressa dalla sorveglianza sanitaria
3. competenze specialistiche già acquisite (es. wound care, stomaterapia, polisonnografia, master di I e II livello specifici, laurea magistrale, etc., comunque esperienze in ambiti e contesti specialistici)
4. esperienze maturate (es. sala operatoria, terapia intensiva, etc.)
5. situazione anagrafica
 - fino a 45 aa - alta complessità
 - da 46 a 55 aa - medio complessità (“in progress” verso le complessità più basse), in condivisione con i diretti interessati, nel rispetto delle eventuali prescrizioni della sorveglianza sanitaria (anche con possibilità di mantenimento l'assegnazione nel livello di complessità più alto, purchè

compatibile con le determinazioni della sorveglianza sanitaria)

- > di 56 aa

- attività ambulatoriali
in condivisione con i diretti interessati, nel rispetto delle eventuali prescrizioni della sorveglianza sanitaria (anche con possibilità di mantenimento l'assegnazione nel livello di complessità più alto, purchè compatibile con le determinazioni della sorveglianza sanitaria)

NB – prima di procedere all'assegnazione degli operatori di nuova assunzione viene privilegiata la mobilità interna (ove presenti graduatorie di riferimento).

Viene sempre previsto un inserimento degli operatori neo-assunti / neo-assegnati, con supporto tutoriale.

Criteri per l'assegnazione a seguito di prescrizioni da parte della Sorveglianza Sanitaria

1. esigenze per il funzionamento delle strutture
2. idoneità / prescrizione espressa dalla sorveglianza sanitaria

Esemplificazioni:

1. esenzioni dal turno notturno
 - inserimento nella turnazione “corta”, senza la notte. Es. MPP// oppure MMP//
 - inserimento turno mattino o pomeriggio, 6 ore al giorno, dal lunedì al sabato (per supportare l'aumentato carico lavorativo solitamente presente nelle ore 7,30-13,30 / 13,30-19,30)
2. esenzione dalla movimentazione carichi (da valutare la variazione della prescrizione in presenza dei presidi per favorire la movimentazione dei carichi)
 - inserimento in UU.OO. a minore carico assistenziale;
 - inserimento in attività ambulatoriali ospedaliere
 - inserimento in attività ambulatoriali territoriali
 -

4. elaborazione di proposte per l'individuazione delle competenze degli infermieri specialisti in attuazione dell'articolo 6 della legge 43/06 nelle aree indicate dalla proposta di Accordo Stato-Regioni sulle competenze avanzate e specialistiche delle professioni infermieristiche.

Lo sviluppo della ricerca e le evoluzioni scientifiche e tecnologiche (continue e rapide) caratterizzano fortemente il Sistema Sanitario.

Il sistema, per funzionare, ha bisogno di professionisti in possesso di conoscenze e competenze adeguate, rapportate ai servizi e alle attività/prestazioni che vengono assicurate in ogni singolo contesto, con una possibilità minima di generalizzazioni.

Fino ad oggi l'adeguamento delle competenze si è realizzato prevalentemente in maniera spontaneistica, “sul campo”, più per volontà ed impegno degli operatori che per disposizioni normative.

Ora si tratta di capire se è preferibile investire tempo e risorse per una formazione specialistica (e generalistica) “per aree”, o, in alternativa, una formazione finalizzata a fornire conoscenze e competenze avanzate, specifiche per ogni singolo contesto (probabilmente con minori costi e con maggiori benefici, per gli utenti e per gli operatori).

Fermo restando il ruolo e la responsabilità ordinistica nella definizione e nello sviluppo della linea politica professionale, alcune riflessioni, considerazioni e quesiti potrebbero essere di aiuto per un migliore inquadramento del progetto in discussione, in particolare:

- l'infermiere specialista era già istituzionalizzato (e contrattualizzato) all'inizio degli anni '70;
- oggi andiamo a rendere operativo qualcosa che era già definito nel DM 739/'94 e nella L. 43/'06, rispettivamente a distanza di 22 e di 10 anni;
- mutuiamo un'esperienza già presente nella professione medica, non sempre garantista rispetto al sapere specialistico (teorico e pratico - certo) del professionista;
- proviamo ad immaginare il significato di una formazione specialistica “generalista” quando le specializzazioni hanno la caratterizzazione della specificità propria, come ad es., relativamente all'Area Critica, le Terapie Intensive post operatorie, la Sala Operatoria, il Pronto Soccorso, il 118, etc.;
- un'altra importante variabile è data dal “contesto”. La caratterizzazione di una unità operativa di T.I. (es. un centro regionale di trapiantologia) rende inutile una formazione specialistica “di area”

- quando gli unici interessati sono gli operatori assegnati a quella struttura;
- potrebbe essere preferibile seguire la linea definita dalla Commissione Nazionale ECM, relativamente alla strutturazione del “Dossier Formativo” (saperi necessari ai singoli e ai gruppi per operare in quel dato contesto), in modo da favorire l’acquisizione di competenze avanzate, la definizione e lo sviluppo di progetti, percorsi e processi, nonché l’integrazione multi professionale, in linea con quanto definito nell’allegato al Decreto 70/2015, riguardante gli 8 criteri fondamentali per l’autorizzazione e l’accreditamento.

5. Linee guida relativamente agli ambiti di competenza avanzata e delle conseguenti aree di prescrittività infermieristica;

E’ importante e necessario individuare le aree ove è consentita la prescrizione infermieristica (lesioni cutanee, stomie, etc. etc.), per il semplice fatto che sono aspetti caratterizzanti la professione infermieristica, senza alcun collegamento con la prescrizione di farmaci, ovviamente competenti al medico.

6. Linee guida per la definizione di attività dell' operatore socio sanitario (OSS) secondo quanto previsto dal vigente accordo in materia;

Gli ambiti di competenza, le aree di intervento, le attività attribuibili all’Operatore Socio Sanitario e il core curriculum formativo sono stati definiti dalla Conferenza Stato-Regioni nella Seduta del 22 febbraio 2001.

Probabilmente è giunto il momento di rivedere / adeguare la formazione dell’OSS alle nuove esigenze del sistema, possibilmente evitando forme di “specializzazione”, privilegiando un unico ambito formativo, magari ampliato rispetto all’attuale programmazione, con l’inserimento di contenuti maggiormente in linea con la domanda della popolazione con problemi di salute e con le nuove esigenze di funzionamento del sistema.

7. Linee di regolamentazione dello sviluppo dell'assistenza infermieristica nell'ambito di comunità, cure domiciliari, servizi ambulatoriali e territoriali;

Vedi punto 2

8. Linee di indirizzo per la regolamentazione, negli ambiti socio assistenziale sanitario a regime privato convenzionato e non, dell'utilizzo e riconoscimento dell'infermiere;

Le regole del sistema privato (convenzionato e non) devono essere sovrapponibili al sistema pubblico.

9. Linee guida per l’attuazione di quanto previsto dall’art.1, comma 3 della legge 251/00 e cioè “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;”

L’indirizzo di cui sopra è atteso da 16 anni! ... e in 16 anni sono cambiate tante cose.

Probabilmente è necessario “mettere ordine” e ricordare i fatti giuridici che negli ultimi 20 anni hanno interessato la professione infermieristica e tutte le altre Professioni Sanitarie.

Le evoluzioni normative hanno indotto cambiamenti collegabili “alla forma” (nuovi principi di riferimento) e “alla sostanza” (i nuovi ruoli e le nuove responsabilità).

In particolare, relativamente alla “forma”:

- a. l’istituzione dei profili professionali, oltre a definire le specificità e le aree di intervento di ogni professione, ha determinato in maniera precisa ed inequivocabile i concetti di autonomia e responsabilità che caratterizzano gli operatori che afferiscono alle 22 professioni sanitarie;

- b. la legge 251/2000, oltre a rafforzare i concetti già espressi dai Profili Professionali (nella gerarchia delle fonti la legge “pesa” di più rispetto al DM), raccomanda *“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”*;
- c. il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro Integrativo del CCNL del Personale del Comparto Sanità del 7 aprile 1999, in applicazione anche della L. 42/’99, trasferisce tutte le professioni sanitarie di cui alla L. 251/2000 dalla cat. “C” alla cat “D” (ART. 5). La categoria “D” in tutta la pubblica Amministrazione è il primo livello dei Laureati, con riferimenti molto diversi di status, ruolo e responsabilità;
- d. la Legge 43/2006 richiama la L. 251/2000 per l’identificazione delle 22 professioni inserite in 4 Classi (o Aree); - specifica che l’esercizio delle professioni sanitarie è subordinato al conseguimento del titolo universitario abilitante; - definisce, per ogni professione sanitaria, una articolazione che prevede un operatore generalista, un operatore specialista, un operatore coordinatore, un operatore dirigente, in una logica di “filiera” di ruoli e responsabilità tra i diversi livelli dell’articolazione organizzativa di ogni singola professione sanitaria;
- e. il CCNL area delle Dirigenza SPTA del 10/2/2004 (art. 41) e del 17/10/2008 (Art. 8):
 - definisce l’entrata a regime dell’istituzione della qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica;
 - dà mandato alle aziende affinché provvedano all’istituzione dei posti della nuova figura dirigenziale, sulla base delle proprie esigenze organizzative;
 - specifica che le attribuzioni dei dirigenti di nuova istituzione e la regolazione, sul piano funzionale ed organizzativo, dei rapporti interni con le altre professionalità della dirigenza sanitaria, saranno definite dall’azienda, nel rispetto delle attribuzioni e delle competenze degli altri dirigenti già previste dalla normativa nazionale vigente, nell’ambito di apposito regolamento, ... omissis ...;
 - specifica ancora che attribuzione del dirigente di nuova istituzione di cui al presente articolo dovranno consentire un adeguato livello di integrazione e collaborazione con le altre funzioni dirigenziali, garantendo il rispetto dell’unicità della responsabilità dirigenziale per gli aspetti professionali ed organizzativi interni delle strutture di appartenenza;
 - in particolare, a tale ultimo fine, dovranno essere evitate sovrapposizioni e duplicazioni di competenze ed attribuzioni che, sul piano organizzativo, possano ostacolare od impedire un regolare avvio e funzionamento dei nuovi servizi nonché l’ottimale organizzazione aziendale. Il regolamento di cui al presente comma dovrà essere stato adottato dall’Azienda prima dell’assunzione del nuovo Dirigente.

Passando dalla “forma” alla “sostanza”, il ri-disegno del sistema da parte delle Aziende Sanitarie (e, prima ancora, da parte delle Regioni) deve tenere conto – riassumendo – delle variabili di seguito riportate:

- i cambiamenti che hanno interessato la formazione degli operatori afferenti alle 22 professioni sanitarie;
- i nuovi riconoscimenti di status e ruolo;
- i principi normativi di riferimento che regolamentano e disciplinano le professioni di cui sopra;
- le necessità di intervenire (e rivedere) i modelli organizzativi ed i sistemi di cura e assistenza ;
- la necessità di favorire al più alto livello possibile le integrazioni professionali e multi-professionali, tenuto conto della nuova articolazione organizzativa che prevede uno sviluppo sui 4 livelli sopra citati;
- Ovviamente ognuno di questi livelli deve interagire con la parallela articolazione organizzativa riguardante la “filiera” della componente medica, nel pieno rispetto delle specificità, ruoli, caratterizzazioni, e responsabilità individuali (senza nulla togliere ai ruoli “primariali” (che è bene ricordare che dal 1992 si chiamano “Direttori”).
- ...

Le “guerre” tra professionisti non servono a nulla e a nessuno, soprattutto quando si parla di professionisti del sistema salute che dovrebbero lavorare insieme e rispettarsi a vicenda.

Fino ad oggi ci sono state tante parole e pochi fatti.

Ci si ostina a parlare di “atto medico” quando, nella maggior parte dei casi si tratta di “Atti Sanitari” (forse gli unici “Atti Medici puri” sono il consenso informato e la SDO).

Ognuno guarda le proprie norme di riferimento, senza alcuna disponibilità alla comparazione contenutistica.

Proviamo a pensare in maniera diversa:

- al centro c’è il cittadino (e non il medico, come qualcuno sembra aver recentemente affermato nel corso di un Convegno in una località marina romagnola);
- per qualsiasi attività, ed esclusione di quelle sopra citate, il medico ha bisogno dell’infermiere, l’infermiere ha bisogno del medico, il cittadino ha bisogno di entrambi (oltre agli altri professionisti che si prendono cura di lui);
- proviamo a costruire qualcosa di diverso, a partire dal significato delle norme (che comunque hanno la caratteristica della cogenza), fino allo sviluppo, al più alto livello possibile, dei principi di “integrazione multi-professionale” attraverso la definizione e condivisione dei progetti, dei percorsi e dei processi.

Di seguito vengono riportate, a titolo esemplificativo, in forma tabellare, le attività caratterizzanti le figure professionali di medico ed infermiere, per ogni specifico ruolo, così come riportato dalle normative di riferimento, e le argomentazioni necessitanti degli sviluppi di integrazione multi-professionale, con chiara definizione dei ruoli e responsabilità di ognuno.

La successione temporale delle normative (come emanazione) e le analisi contenutistiche consentono di evidenziare sovrapposizioni importanti, tanto da necessitare una chiara definizione e condivisione di ruoli e responsabilità, nel rispetto dei principi normativi di riferimento e dei Codici Deontologici di ognuno.

Principi normativi	Necessità di integrazione
<ul style="list-style-type: none"> • Dirigenza Medica – Art. 15 D.Lgs. 502/92 – commi 3-4-5 (in particolare vengono evidenziati i principi di autonomia e responsabilità, l’appropriatezza e la qualità delle prestazioni, il rispetto degli indirizzi del Direttore della struttura, l’efficace utilizzo delle risorse e le collaborazioni multi-professionali). 	<p>Sulla base di quanto esposto, nel rispetto delle autonomie individuali, stante l’assoluta necessità di favorire le integrazioni e le collaborazioni multi-professionali, con il passaggio dal concetto di “responsabilità” al concetto di “corresponsabilità”, è ragionevole e logico prevedere le definizioni e le condivisioni sulle argomentazioni di seguito specificate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i modelli organizzativi ed i sistemi di diagnosi, cura, assistenza, riabilitazione, comprensivi dei progetti, dei percorsi e dei processi); • la pianificazione delle attività (stante il fatto che il lavoro di uno è obbligatoriamente integrato con il lavoro dell’altro, e viceversa); • gli strumenti di lavoro di uso ordinario (documentazione clinica, procedure, protocolli, etc.) • i profili di cura e assistenza (sulla base delle evidenze scientifiche e dei principi dell’appropriatezza); • i sistemi di Verifica e Valutazione • i momenti di Audit • la Formazione
<ul style="list-style-type: none"> • Infermiere – il DM 739/94, la L.42/99, la L. 251/2000, la L. 43/2006 (in particolare vengono evidenziati i principi di autonomia e responsabilità, le caratterizzazioni professionali, la progettualità degli interventi, le collaborazioni e le integrazioni multi-professionali, la personalizzazione dell’assistenza, i livelli della filiera professionale, etc.). 	

<ul style="list-style-type: none"> • Direttore U.O. – Art. 15 D.Lgs. 502/92 – comma 6 - (in particolare vengono evidenziate le funzioni di direzione ed organizzazione della struttura, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. • Per il Coordinatore – L. 43/2006, declaratoria di riferimento del CCNL Area del Comparto e, di riflesso, l'Art.8 CCNL Area Dirigenza SPTA - (in particolare vengono evidenziati i principi di <i>autonomia e responsabilità dei risultati conseguiti, l'ampia discrezionalità operativa nell'ambito delle strutture operative di assegnazione, le funzioni di direzione e coordinamento, gestione e controllo delle risorse umane, il coordinamento di attività didattiche, nonché iniziative di programmazione e proposta. Inoltre programma, nell'ambito dell'organizzazione dei servizi sanitari, la migliore utilizzazione delle risorse umane in relazione agli obiettivi assegnati e verifica l'espletamento delle attività del personale medesimo. Collabora alla formulazione dei piani operativi e dei sistemi di verifica della qualità ai fini dell'ottimizzazione dei servizi sanitari. Coordina le attività tecnico-pratiche e di tirocinio, di formazione del personale appartenente ai profili sanitari a lui assegnato. Assume responsabilità diretta per le attività professionali cui è preposto e formula proposte operative per l'organizzazione del lavoro nell'ambito dell'attività affidatagli.)</i> 	<p>Sulla base di quanto esposto, nel rispetto delle autonomie individuali, stante l'assoluta necessità di favorire le integrazioni e le collaborazioni multi-professionali, con il passaggio dal concetto di “responsabilità” al concetto di “corresponsabilità”, è ragionevole e logico prevedere le definizioni e le condivisioni sulle argomentazioni di seguito specificate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regole generali di funzionamento • Utilizzo razionale delle risorse • Direzione e gestione delle risorse • Progetti e processi • Il Governo Clinico • Sistema Qualità e Appropriatezza • il Risk-management e la sicurezza • EBM / EBN • Formazione • Verifica e Valutazione • Audit •
--	--

Per il Dirigente / Direttore della Struttura che ingloba le professioni sanitarie si fa riferimento al CCNL dell'area della Dirigenza, con la necessità di regolamentare i rapporti, così come specificato dal vigente CCNL.

A tal proposito è opportuno che l'indirizzo arrivasse dal Livello Centrale, e non dalle singole Aziende Sanitarie, anche ad evitare differenziazioni e a garantire il ruolo e la responsabilità del professionista in questione.

Inoltre è importante chiarire se questa figura professionale, generalmente operante a livello di Direzione Generale, è una emanazione della politica (allora dovrebbe essere un pari di DG/DS/DA) o è una figura tecnica (pari di qualsiasi altro Direttore di U.O./Dipartimento).

10. Definizione/ridefinizione dei percorsi di studio degli infermieri e dei modelli formativi utilizzabili;

11. Sviluppo dell'attività di ricerca infermieristica;

L'investimento nella formazione è fondamentale per consentire lo sviluppo degli Infermieri e della Disciplina Infermieristica.

Il sistema professionale ha impegnato molte energie e molto tempo per consentire il passaggio di tutta la formazione infermieristica (e delle altre professioni sanitarie) al Sistema Universitario.

Il "ritorno" sembra essere molto diverso dalle aspettative iniziali.

I dati riportati nella tabella che segue (colonna di SN) evidenziano un investimento importante dell'Università nel personale Docente (+ 2.279 tra Professori Ordinari, Associati e Ricercatori – limitatamente al periodo 1997 / 2008), per far fronte ad un impegno didattico pari al 23% del totale (giustamente è prevalente la parte disciplinare specifica delle Professioni Sanitarie ... che in totale vantano solamente 36 professori, a fronte dell'incremento di 2.279 Professori realizzato dall'Università).

Se si crede veramente nello sviluppo della ricerca infermieristica è indispensabile invertire il trend e riequilibrare le situazioni riguardanti il personale docente (Ordinari, Associati, Ricercatori), con normative specifiche, per consentire la valorizzazione professionale.

Facoltà di Medicina e Chirurgia	
Professori Associati - Ordinari - Ricercatori	
Anno	Numero Professori
1997	10.938
1998	10.937
1999	10.950
2000	11.233
2001	12.215
2002	12.862
2003	12.554
2004	12.583
2005	13.143
2006	13.393
2007	13.253
2008	13.217
1997 - 2008 = + 2.279	

(dati uff. stat. MIUR)

Attività formative indispensabili

Attività	Percentuale
Tirocinio	40%
SSD (MED)	21%
SSD (clinica, etc)	23%
Altre	16%

Situazione attuale:

- 2 ordinari
- 19 associati
- 15 ricercatori

Di questi 6 sono afferenti alla professione medica

Situazione auspicata:

- 43 Ordinari (1 per Ateneo)
- 43 Associati (1 per Ateneo)
- 216 Ricercatori (1 per ogni Corso attivato)

A margine è opportuno evidenziare l'importanza di analizzare la numerosità degli infermieri per "fasce di età" e realizzare una proiezione per i prossimi 30 anni, al fine di consentire una migliore definizione del fabbisogno nazionale di Infermieri (anche per evitare di ritornare ad esperienze già vissute, con la spasmodica ricerca di Infermieri in altri Paesi, spesso con fini meno nobili di quelli dichiarati e con risultati tanto diversi dalle attese).

La tabella che segue riporta uno studio della FNC IPASVI del 2012 che evidenziava una importante "gobba" pensionistica interessante gli anni a seguire.

Potrebbe essere opportuno procedere con un approfondimento dello studio e ad una nuova analisi, tenuto conto anche delle nuove regole del sistema pensionistico, per consentire la migliore programmazione possibile relativamente all'offerta formativa universitaria.

Totali (IP-AS- VI)	fascia età	Età di nascita	Inizio attività lavorativa	Ipotesi pensionamento
35.636	31-35	1976/1980	1999/2003	2041/2045
80.157	36-40	1971/1975	1994/1998	2036/2040
81.179	41-45	1966/1970	1989/1993	2031/2035
66.585	46-50	1961/1965	1981/1985	2023/2027
44.423	51-55	1956/1960	1976/1980	2018/2022
27.080	56-60	1951/1955	1971/1975	2013/2017

A margine, sempre con riferimento alla formazione, va ulteriormente potenziato e valorizzato il sistema ECM:

- privilegiando la formazione interna a livello aziendale e di U.O. (principi del “Dossier Formativo”);
- inserendo l’obbligatorietà del sistema ECM anche per gli Operatori Socio Sanitari;
- prevedendo la contrattualizzazione della formazione anche per l’Area del Comparto, al pari di quanto avviene per la componente medica (così come specificato nella L. 43/2006 che recita “ ... *omissis* ... *l'aggiornamento professionale è effettuato secondo modalità identiche a quelle previste per la professione medica (art. 2 comma 4)*”.

Tanta “carne sul fuoco”!

Non basta “riprendere il cammino”; è necessario correre ed è necessario crederci.

marcello bozzi
Infermiere - Pescara