



CONSENSUS CONFERENCE

Documento di consenso

2023



FNOPI

Sommario

Introduzione al documento finale di consenso e ambiti di ricerca.....	4
Componenti del Panel di Giuria.....	6
1. Le nuove esigenze del Sistema Sanitario Nazionale alla luce dell'evoluzione normativa degli ultimi mesi e dai cambiamenti introdotti dal PNRR: uno sguardo oltre l'emergenza pandemica.....	7
CONCLUSIONI DEL PANEL DI GIURIA.....	12
Componenti del <i>Gruppo di lavoro numero 1</i>	13
2. L'evoluzione della professione infermieristica e le modifiche inerenti alle organizzazioni sanitarie in risposta ai nuovi bisogni di salute della popolazione.....	14
CONCLUSIONI DEL PANEL DI GIURIA.....	18
Componenti del <i>Gruppo di lavoro numero 2</i>	19
3. La revisione dell'assetto formativo infermieristico in risposta all'emergente fabbisogno formativo di base e specialistico.....	20
CONCLUSIONI DEL PANEL DI GIURIA.....	23
Componenti del <i>Gruppo di lavoro numero 3</i>	24

Introduzione al documento finale di consenso e ambiti di ricerca

La dinamicità e continua evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) hanno portato a una ridefinizione della domanda nonché della capacità di offerta del mercato salute. In particolare, il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento dell'aspettativa di vita, nonché la compresenza di molteplici patologie croniche e degenerative, sono elementi che caratterizzano fortemente lo scenario sanitario attuale. Inoltre, l'emergenza generata dalla pandemia COVID-19 ha evidenziato come il tradizionale modello organizzativo risulti ormai inefficace nel rispondere alle esigenze di salute della popolazione. In risposta a questi cambiamenti e alla luce del rinnovato quadro normativo nazionale ed europeo, si pensi al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), sono seguite alcune azioni correttive quali, ad esempio, l'introduzione di nuovi modelli assistenziali e ruoli infermieristici, in particolare quello dell'Infermiere di Famiglia e Comunità.

Il nuovo paradigma sanitario si fonda sulla costruzione di reti di prossimità territoriale e prevede l'introduzione nell'immediato futuro, laddove ancora non presenti, di Case della Comunità e Ospedali di Comunità, determinando uno spostamento dei *setting* assistenziali dai luoghi tradizionali di cura, come gli ospedali, verso strutture territoriali più sostenibili e accessibili che possano favorire l'integrazione sociosanitaria e la continuità dei percorsi.

Alla luce di queste considerazioni si può comprendere come sia necessaria e naturale una evoluzione della professione infermieristica, dei relativi profili di competenza e dei ruoli agiti nelle diverse strutture sanitarie e sociosanitarie, nonché dei percorsi formativi che possano accompagnare e stimolare questo cambiamento.

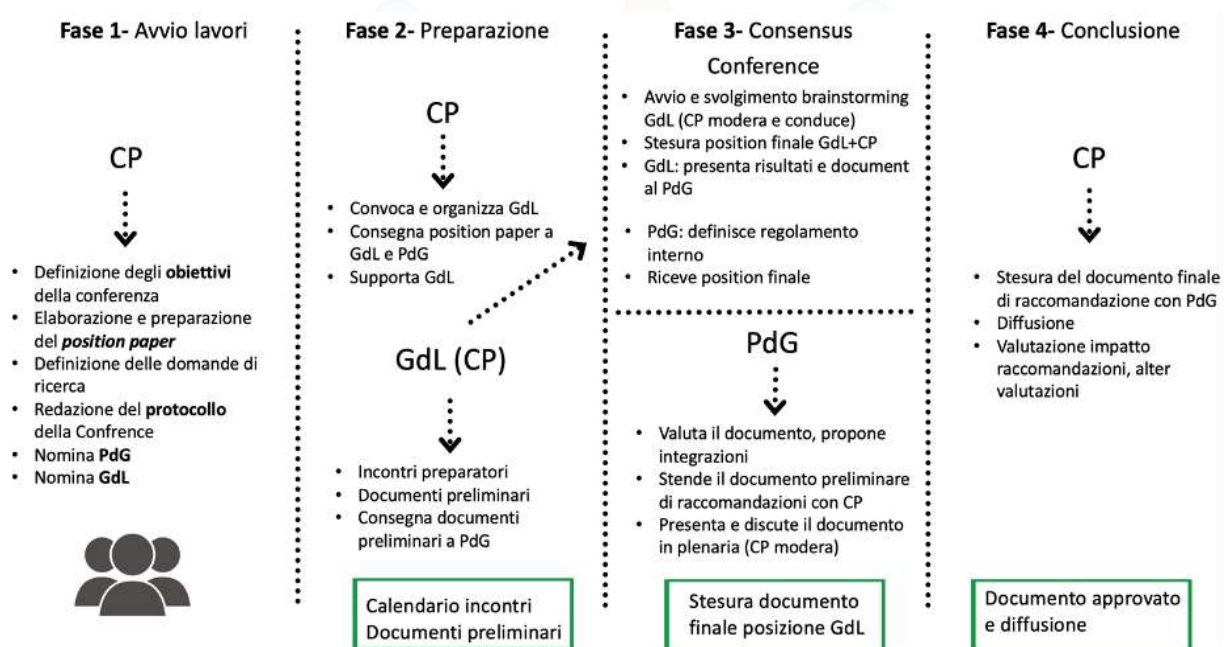
L'obiettivo della *Consensus Conference* promossa dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) è stato quello di promuovere una interlocuzione con i principali soggetti istituzionali coinvolti nei processi di riforma in atto al fine di raggiungere un accordo circa la definizione di tematiche sanitarie attuali particolarmente complesse inerenti al ruolo professionale infermieristico. In particolare, si sono indagate:

- A. le nuove esigenze del SNN alla luce dell'evoluzione normativa degli ultimi mesi e dai cambiamenti introdotti dal PNRR;

- B. l'evoluzione della professione infermieristica e le modifiche inerenti alle organizzazioni sanitarie in risposta ai nuovi bisogni di salute della popolazione;
- C. la revisione dell'assetto formativo infermieristico in risposta all'emergente fabbisogno formativo di base e specialistico.

L'iniziativa è stata avviata dal Comitato Centrale FNOPI nel dicembre del 2021 con la costituzione del Comitato Promotore (CP) e si è poi svolta in quattro fasi principali, sinteticamente rappresentate nella figura sottostante (Figura 1).

Figura 1. Schema sinottico delle fasi della Consensus Conference



Il Panel di Giuria (PdG) ha ricevuto e discusso il documento preliminare di consenso elaborato dai gruppi di lavoro (GdL) durante la Consensus Conference organizzata a Roma in data 23 giugno 2022. Il presente documento finale di consenso è il frutto delle interlocuzioni successive del PdG che, dopo le opportune modifiche e integrazioni, ha sintetizzato le posizioni e le proposte emerse a maggioranza dal PdG e qui contenute.

Componenti del Panel di Giuria*

- **Tonino Aceti** – *Presidente Salutequità*
- **Pier Giovanni Bresciani** – *Psicologo del lavoro e docente Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"*
- **Silvio Brusafferro** – *Presidente Istituto Superiore di Sanità (ISS)*
- **Davide Caparini** – *Assessore al Bilancio della Regione Lombardia e presidente del Comitato di Settore Regioni-Sanità*
- **Bruno Cavaliere** – *Presidente Società Italiana per la Direzione e il Management delle Professioni Infermieristiche (SIDMI)*
- **Salvatore Cuzzocrea** – *Presidente Osservatorio nazionale formazione MUR e Rettore dell'Università degli Studi di Messina*
- **Carlo Della Rocca** – *Presidente Conferenza Permanente delle Facoltà e Scuole di Medicina e Chirurgia - Preside Facoltà Farmacia e Medicina Università di Roma "Sapienza"*
- **Claudio Costa** – *Coordinatore dell'area tecnica del personale sanitario Regione Veneto - componente del gruppo di supporto del Comitato di settore Regioni-Sanità*
- **Tiziana Frittelli** – *Presidente Federsanità, Confederazione delle Federsanità Anci regionali - Direttore generale AO San Giovanni Addolorata di Roma*
- **Silvio Garattini** – *Presidente Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri"*
- **Domenico Mantoan** – *Direttore generale Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali AGENAS*
- **Maria Letizia Melina** – *Segretario Generale Ministero dell'Università e della ricerca*
- **Paolo Petralia** – *Vicepresidente Federazione Italiana Aziende Sanitarie - Ospedaliere (FIASO) - Direttore generale ASL4 Chiavarese del SSR Ligure*
- **Francesco Quaglia** – *Direttore Dipartimento Salute e Servizi Sociali Regione Liguria*
- **Luisa Saiani** – *Presidente Conferenza Permanente Professioni Sanitarie - Professore Scienze infermieristiche generali e cliniche presso il Dipartimento di Diagnostica dell'Università degli Studi di Verona (MED/45)*
- **Rossana Ugenti** – *Direttore Generale Direzione delle professioni Sanitarie e delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale - Ministero della Salute*

Le nuove esigenze del Sistema Sanitario Nazionale alla luce dell'evoluzione normativa degli ultimi mesi e dai cambiamenti introdotti dal PNRR: uno sguardo oltre l'emergenza pandemica

Gruppo di lavoro numero 1

I recenti cambiamenti sociodemografici della popolazione italiana stanno imponendo nuovi modelli organizzativi nel SSN. Esso deve rispondere, infatti, ai bisogni emergenti che caratterizzano una popolazione sempre più anziana e affetta da patologie croniche, talvolta compresenti nello stesso soggetto, nonché dai bisogni generati dal cambiamento nella composizione familiare e dall'aumento del divario sociale. Parallelamente si assiste a una dinamica evolutiva del personale sanitario contraddistinta, tra le altre, da un aumento costante dell'età media, da fenomeni di abbandono e, più generale, dalla mancanza di un adeguato numero di soggetti lavorativamente attivi.

Tale contesto è aggravato anche da una scarsa attrattività della professione infermieristica che oramai necessita l'adozione di azioni di riforma e rilancio dell'immagine professionale nonché di ristrutturazione e riconoscimento del ruolo agito nelle strutture sanitarie e sociosanitarie. In particolare, è improcrastinabile attuare investimenti sul personale infermieristico andando a definire: (i) nuove risorse per il sistema nella sua complessità; (ii) nuovi percorsi di carriera nell'ambito clinico assistenziale e (iii) una concreta valorizzazione economica della professione, coerente con il rafforzamento delle competenze acquisite durante lo sviluppo di carriera.

Questo scenario è stato ulteriormente enfatizzato nel contesto emergenziale scaturito dalla diffusione del Covid-19 che ha portato alla luce la necessità di ripensare le prerogative, l'assetto e le funzioni del SSN in modo da fornire risposte più flessibili e personalizzate ai cittadini, anche in un'ottica di sviluppo dell'assistenza territoriale da perseguire attraverso lo sviluppo di reti interprofessionali.

Quadro sociodemografico di riferimento

Alla generale tendenza di riduzione della popolazione che si osservava già a partire dagli anni '60 del secolo scorso si sono sommati gli impatti derivanti dalla pandemia. Il 2020 è stato infatti caratterizzato da un numero molto limitato di nuove nascite (404.000) a fronte di un numero di morti pari a 746.000, determinando un saldo negativo nel solo anno di riferimento pari a 342.000. A questo peggioramento si deve aggiungere un ulteriore elemento critico, ovvero un saldo migratorio negativo pari a

**L'evoluzione
demografica e i
cambiamenti
strutturali**

oltre 40.000 unità che ha generato una riduzione della popolazione residente pari a 384.000 unità.

Inoltre, l'impatto del Covid-19 ha avuto un effetto dirompente anche sull'aspettativa di vita della popolazione italiana che si è ridotta mediamente a livello nazionale di circa 1 anno, con punte di 2,5 anni in Lombardia¹. Il progressivo invecchiamento della popolazione determina oggi notevoli preoccupazioni soprattutto rispetto alla tenuta complessiva, e quindi alla sostenibilità, dei sistemi di cura. In particolare, la popolazione over75 è attualmente composta da oltre 7 milioni di soggetti (erano circa 5 milioni e 900 mila nel 2010), pari all'11,9% del totale della popolazione. Inevitabilmente, la pandemia ha avuto un impatto negativo proprio su questo specifico segmento della popolazione, ritenuto il più fragile dal punto di vista delle generali condizioni di salute. A tal proposito, nel 2021, è stato rilevato che il 47,8% della popolazione over75 risulta multi-cronica o ha gravi limitazioni dal punto di vista dell'autosufficienza.

Nel loro complesso questi fattori hanno portato a un aumento del numero di anziani senza che questo dato sia stato accompagnato da una evoluzione della cultura dell'invecchiamento. Il ritardo nella elaborazione di questo *status* dal punto di vista biologico, psicologico e relazionale lascia gli anziani esposti ai venti della vita, senza una rete e una cultura – anche programmatoria, organizzativa e gestionale – che li supporti in questo cammino.

Il personale sanitario

Nel periodo 2012-2018, il personale nel comparto sanità ha fatto registrare una riduzione di 25.808 unità (-3,8%)². La contrazione del personale è frutto di un turnover rimasto costantemente al di sotto del livello minimo di rimpiazzo. Rispetto al 2012, si è registrata una diminuzione della spesa sanitaria pubblica per il personale del 4,9%, che ha riguardato indistintamente medici (-3,5%) e infermieri (-3,0%). Tale riduzione della spesa per il personale è derivata dal blocco delle procedure contrattuali e da altri limiti imposti sugli aumenti retributivi (Legge n. 122/2010 art. 9 e art. 17.). Un'ulteriore conseguenza dello scarso *turnover* del personale sanitario è rappresentata anche dall'aumento dell'età media dei dipendenti del SSN, salita a 50,7 anni nel 2018.

Al 31 dicembre 2019 risultano lavorare presso le strutture sanitarie del SSN nel suo complesso: 240.490 medici, 332.818 unità di personale infermieristico, 54.880 unità di personale con funzioni riabilitative, 45.475 unità di personale tecnico sanitario e

**L'evoluzione dei
bisogni legati
all'invecchiamento**

**Mancato sviluppo della
cultura
dell'invecchiamento
(programmatoria,
organizzativa e
gestionale)**

**Tendenziale
contrazione del
personale sanitario e
della spesa sanitaria
pubblica**

**Dotazione organica, età
media e anzianità di
servizio del personale
infermieristico del SSN**

¹ Testo adattato da *Anziani e Disabili: un nuovo modello di assistenza*, a cura di Brugnoli e Zangrandi, Studi e Ricerca Fondazione Sussidiarietà 2021 – capitolo preparato sulla base di una relazione di Giancarlo Blangiardo, Presidente Istat. Tutte le figure sono da attribuire a Blangiardo elaborazioni su dati Istat.

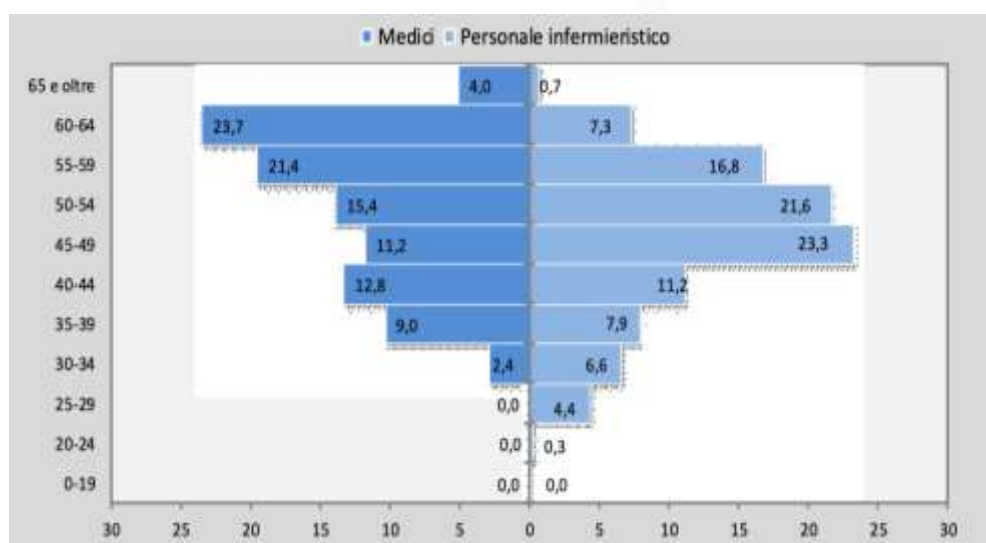
² Estratto dal *Rapporto annuale sulla situazione del Paese nel 2020* dell'Istat.

10.104 unità di personale con funzioni di vigilanza e ispezione che operano nei vari livelli di assistenza (medicina primaria, riabilitazione, ospedaliera, ambulatoriale).

L'età media del personale infermieristico è pari a 47,4 anni con un'anzianità media di servizio di 19,0 anni. Il rapporto rispetto alla popolazione residente è del 4,47 per mille che sale al 4,80 per mille se consideriamo anche gli ospedali equiparati al pubblico. Si segnala che comparativamente, nel settore pubblico³, il personale medico ha un'età media maggiore rispetto a quello infermieristico (Figura 2).

Figura 2- Personale sanitario appartenente al comparto Sanità

Medici e personale infermieristico dipendente a tempo indeterminato del comparto Sanità per classi di età (composizione percentuale) Anno 2018



Fonte: elaborazioni Istat su dati RGS-Igop

La carenza di personale “stabile” viene in parte compensata ricorrendo a personale con rapporto di lavoro atipico o a tempo determinato. Attualmente l’incidenza di questa tipologia di contratti rispetto ai contratti a tempo indeterminato risulta pari al 7,7% per i medici e al 6,1% per il personale infermieristico. Mentre tra gli infermieri non si rilevano significative differenze di genere, tra i medici le donne risultano più “precarizzate” (10,2% rispetto al 5,6% degli uomini). Il ricorso al lavoro atipico per questi professionisti sanitari è un fenomeno in netta crescita negli ultimi anni, nel 2012 era pari al 6,3% per i medici e pari al 3,6% per gli infermieri.

Guardando comparativamente al contesto internazionale, per quanto riguarda il numero di infermieri attivi, l’Italia si colloca nella parte bassa della graduatoria dei Paesi Europei: con 58 infermieri ogni 10 mila residenti, precede solo la Spagna (57,4),

Tipologie di rapporto di lavoro nel SSN

La professione infermieristica nel contesto internazionale

³ Dati del Conto Annuale della Ragioneria generale dello Stato.

Cipro (53,8), Polonia (51,0), Lettonia (45,7) e Bulgaria (43,7). Germania e Francia hanno una dotazione pari a circa il doppio dell'Italia⁴.

Mentre la maggior parte dei Paesi OECD ha circa 3 infermieri per ogni medico, in Italia tale rapporto è pari a 1,5, alla stregua di Cipro, Lettonia e Spagna. Si consideri che tra i Paesi dell'Unione europea i rapporti infermiere/medico più elevati si riscontrano in Lussemburgo (3,9), Belgio (3,5), Francia (3,3) e Slovenia (3,2). La carenza di personale infermieristico per ora non è sufficientemente compensata dai potenziali nuovi ingressi derivanti dai percorsi formativi universitari: l'Italia ha circa 20 infermieri laureati ogni 100 mila residenti rispetto i 44 dei Paesi OECD. Discorso diverso invece per i medici, l'Italia in questa particolare classifica si colloca nella media OECD (13 medici ogni 100 mila residenti).

Per quanto riguarda l'attrattività di personale dall'estero, nel nostro Paese la quota di infermieri laureati all'estero è pari al 4,8% (6,1% media OECD), mentre solo lo 0,9% dei medici iscritti all'albo (1,4% dei medici attivi) ha conseguito la laurea all'estero (17,9% media OECD)⁵.

Nuove sfide per il SSN: l'Innovazione digitale

L'esperienza accumulata durante la pandemia ha reso evidente che un sistema sanitario sostenibile, resiliente ed equo non può prescindere dal ripensamento del sistema di cure facendo leva sull'innovazione digitale. Gli sforzi di digitalizzazione e innovazione previsti dal PNRR, però, devono essere inevitabilmente accompagnati da investimenti in competenze, tecnologie e strumenti di *change management*. È necessario, infatti, che la trasformazione digitale non sia una "semplice" informatizzazione dei processi ma che preveda un reale ripensamento di come i servizi sanitari vengono fruiti dai cittadini ed erogati dai professionisti sanitari. Inoltre, la diffusione delle soluzioni digitali consentirà di generare una considerevole quantità di dati che potranno essere utilizzati dagli attori coinvolti nei processi di cura, anche se appartenenti a enti diversi. Per lo sviluppo di un efficace ecosistema di salute digitale è dunque necessario un notevole sforzo di pianificazione strategica, l'acquisizione di competenze specifiche, nonché investimenti rilevanti per lo sviluppo incrementale e l'integrazione delle soluzioni tecnologiche identificate. Inevitabilmente, la formazione tecnica di tutti i professionisti, finalizzata all'acquisizione delle cosiddette *digital skill*, richiederà la revisione dei percorsi formativi dei professionisti a partire dagli ordinamenti didattici universitari oggi poco coerenti con il contesto operativo di riferimento.

Ripensamento generale delle modalità di erogazione dei servizi sanitari grazie a innovazione digitale

⁴ Dati forniti agli organismi internazionali a febbraio 2022 e relativi al 2021 riportano circa 455 mila infermieri iscritti alla FNOPI di cui 370 mila circa risultano attivi (62,6 infermieri ogni 10 mila residenti). La stima degli attivi è effettuata utilizzando i dati COGEAPS e selezionando i professionisti che risultano aver conseguito almeno un credito ECM negli ultimi 3 anni.

⁵ Dati OECD stats.oecd.org: valutando con cautela i dati relativi alla mobilità dei professionisti tra paese che presentano problemi di confrontabilità, risulta che nel 2018 erano circa 6.000 gli infermieri registrati all'estero ma laureati in Italia, di cui il 64,5% lavora nel Regno Unito, il 20% in Svizzera, il 7,5% in Belgio e il 5,8% in Francia.

Rapporto tra medici e le professioni sanitarie

Un ulteriore passaggio indispensabile per far fronte, da un lato, all'aumento del peso della cronicità e, dall'alto, alla progressiva riduzione dell'organico di alcune specializzazioni mediche (in base ai dati OCSE ed Eurostat in Italia c'è un surplus di oltre 25.000 specialisti, ma una carenza rispetto alle medie Ue, in particolare di medici di urgenza e medici di medicina generale), risulta essere il superamento dei tabù che in Italia sono ancora associati ai concetti di *skill mix* e *task shifting*⁶. Si tratta infatti di valorizzare le professioni sanitarie agendo su un ripensamento delle competenze necessarie (*skill mix*) e su un cambio di ruoli in sostituzione (*task shifting*) o in affiancamento (*task evolution*) alle altre professioni sanitarie. Se questo avviene all'interno di un percorso di cura pianificato, adeguatamente monitorato e supportato dalle tecnologie digitali, i benefici si espliciteranno nel miglioramento della qualità della presa in carico.

Oggi il modello *skill mix/task evolution* vede coinvolti non solo medici e infermieri come inizialmente accaduto, ma anche gli operatori sociosanitari o i *caregiver* che possono essere affiancati agli infermieri, in particolare nelle attività domiciliari. Questo cambiamento di ruoli e responsabilità, se ben progettato, potrebbe restituire il "senso di valore" che sembra essere oggi un elemento fondamentale per superare, o almeno contrastare, il cosiddetto fenomeno della *great resignation* di molti operatori sanitari. Le politiche sanitarie dovrebbero essere ripensate al fine di comprendere azioni di miglioramento e di snellimento dei percorsi sanitari e sociali, in particolare il cittadino dovrebbe essere guidato nell'utilizzo dei servizi e accompagnato all'interno dei percorsi diagnostici-terapeutici e assistenziali.

La normativa dovrebbe tendere soprattutto al cambio del paradigma medico-centrico del nostro SSN basato soprattutto sulla cura di patologie, con estreme suddivisioni per specializzazioni, traslando verso un sistema guidato anche da laureati delle altre professioni sanitarie, con dei veri e propri progetti di salute globale dell'individuo.

Vista la carenza di personale, è necessario lavorare sul tema della indennità di esclusività anche per il personale infermieristico, in linea con quanto già avviene per il personale medico-sanitario. Inoltre, si ritiene opportuno poter permettere ai professionisti del comparto infermieristico del SSN di eseguire l'attività libero professionale attraverso la stipula di accordi a livello aziendale che permettano di eseguire prestazioni intra ed extra-moenia con formule di convenzione create *ad hoc* tra le aziende sanitarie. Anche al fine di alleviare il carico lavorativo su determinate figure professionali, il processo di riforma normativa in corso dovrebbe tendere a un ampliamento delle competenze degli infermieri professionisti, in particolare prevedendo delle attività di prescrizione dei presidi base e di *follow up*.

Aggiornamento dei ruoli come leva motivazionale e strumento di gestione della c.d. *great resignation*

Skill mix, task shifting e task evolution

Superamento del paradigma medico-centrico che contraddistingue il SSN

⁶ <https://www.sanitainformazione.it/lavoro/il-decreto-specializzandi-e-una-soluzione-tampone-no-al-task-shifting-si-allumanizzazione-delle-cure-intervista-a-filippo-anelli/>

CONCLUSIONI DEL PANEL DI GIURIA

1. Riteniamo necessario individuare le prestazioni infermieristiche da inserire all'interno degli allegati LEA che definiscono l'elenco delle prestazioni erogabili e le rispettive codifiche.
2. Concordiamo sul fatto che il sistema di remunerazione riconosca la specificità del ruolo agito dagli infermieri professionisti nelle organizzazioni sanitarie.
3. Riteniamo sia necessario prevedere, e quindi normare, la prescrizione infermieristica di presidi sanitari utili nella pratica assistenziale (esempio presidi incontinenza, protesica minore, ecc.) nonché di farmaci di uso comune (esempio farmaci da banco...) e/o farmaci per garantire la continuità terapeutica nelle cronicità.
4. Conveniamo sul fatto che sia necessario superare il vincolo di esclusività degli infermieri professionisti dipendenti del SSN per potenziare la rete di erogazione, anche in ottica di estensione sul territorio, ponendo l'attenzione alle necessità per il mantenimento dell'equilibrio del sistema.

Componenti del *Gruppo di lavoro numero 1*

Referente del Comitato Centrale FNOPI

- Pietro Giurdanella

Referente metodologico

- Daiana Campani – Università del Piemonte Orientale

Componenti

- **Luigi Bertinato** – Responsabile Segreteria Scientifica della Presidenza, Istituto Superiore della Sanità (ISS)
- **Alessandra Burgio** – Ricercatrice Istituto nazionale di statistica (ISTAT)
- **Marinella D'Innocenzo** – Direttore Generale ASL Rieti - Componente dell'Esecutivo nazionale Federsanità Anci
- **Deborah De Cesare** – Ricercatrice presso gli Osservatori Digital Innovation del Politecnico di Milano
- **Valerio Di Monte** – Presidente Corso di laurea in infermieristica - Professore ordinario di Scienze infermieristiche - Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica e Pediatriche Università degli Studi di Torino
- **Lorena Martini** – Direttore UOC Formazione ECM Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS)
- **Cristina Masella** – Professore ordinario Dipartimento di Ingegneria Gestionale Politecnico di Milano

L'evoluzione della professione infermieristica e le modifiche inerenti alle organizzazioni sanitarie in risposta ai nuovi bisogni di salute della popolazione

Gruppo di lavoro numero 2

Anche alla luce di quanto descritto nella prima parte del documento finale di consenso (cfr. Gruppo di lavoro 1), riteniamo che nel prossimo futuro si debba sviluppare le competenze agite dalla professione infermieristica per una migliore qualità dell'assistenza, determinando così il passaggio da una logica prestazionale verso una presa in carico dell'assistito e del più generale "sistema assistenza". Come anticipato, lo sviluppo di competenze avanzate gestionali e cliniche, in ogni ambito, potrà influenzare significativamente l'identità e il senso di appartenenza alla comunità professionale, anche intervenendo sulla retribuzione economica di risultato.

Per raggiungere tali obiettivi, è necessario agire su alcuni fondamentali cardini del sistema professionale e organizzativo, in particolare: progettare una nuova dimensione del professionista infermiere sia in senso verticale (line gerarchica/asse del management) che orizzontale (sviluppo dei ruoli professionali/asse della clinica). In questo quadro di riferimento, la nostra proposta prevede interventi:

- **in senso verticale/asse del management.** La dirigenza infermieristica dovrà essere compresa nella direzione strategica aziendale (previa modifica della Legge 502 del 1992), occupando ruoli di pari livello gerarchico con il management direzionale (vedi delibera regione Emilia Romagna e proposta Regione Lombardia) individuando con chiarezza la funzione gestionale in capo al dirigente infermiere che, sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale, potrà definire metodi e strumenti per il governo della complessità organizzativa e assistenziale sviluppando modelli innovativi per l'erogazione di un'assistenza di qualità. A tal proposito, l'atto di indirizzo elaborato da SIDMI Nazionale nel 2020 è da ritenersi un documento esaustivo⁷.

Sviluppo delle competenze necessarie per una presa in carico dell'assistito

Coinvolgimento della dirigenza infermieristica nel management direzionale

⁷ Nel citato documento si prevedono le seguenti funzioni di ruolo: garantisce risposte ai bisogni di assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa, tecnico sanitaria e della prevenzione, con appropriatezza, qualità, efficacia professionale ed efficienza operativa; concorre ad assicurare i percorsi assistenziali per le persone fragili e le cronicità nel rispetto dei LEA e degli standard previsti a livello nazionale a regionale; Si impegna ad assicurare agli utenti un'assistenza personalizzata e di qualità attraverso la revisione dell'organizzazione del lavoro; promuove il lavoro di equipe multiprofessionale e delle relazioni interdisciplinari nei percorsi diagnostico terapeutici, clinici assistenziali e riabilitativi; Concorre a garantire la gestione dei processi attraverso l'analisi, la progettazione e la reingegnerizzazione dei percorsi di cura, di presa in carico e di prevenzione e promozione della salute e assume ruolo attivo nella promozione dell'innovazione; promuove e realizza la ricerca, il benessere organizzativo, la cultura della sicurezza, la riduzione dei rischi clinici e professionali e sostiene la motivazione del personale; promuove partnership ed alleanze con i cittadini e con le persone assistite; incentiva modelli di presa in carico globali della persona e l'utilizzo di metodologie di pianificazione per obiettivi, ponendo attenzione alla sostenibilità economica; costruisce reti all'interno dell'organizzazione con il middle management, tra organizzazioni diverse sullo stesso territorio e tra regioni diverse per condividere pratiche.

- Allo stesso modo, i **coordinatori infermieristici** dovranno acquisire maggiori conoscenze e capacità di governo assistenziale poiché inseriti all'interno di organizzazioni sempre più complesse che richiedono competenze distintive, in particolare per l'integrazione fra professionisti in funzione dei bisogni e delle richieste dei diversi *stakeholder*. Per tale motivo la laurea magistrale rappresenta il percorso formativo appropriato per l'acquisizione della certificazione abilitante all'esercizio delle funzioni di coordinamento. Tale percorso permetterà di acquisire conoscenze e competenze utili per sviluppare modelli innovativi dell'assistenza per la gestione della complessità clinica e organizzativa⁸.
- **In senso orizzontale/asse della clinica**, sarà necessario perseguire l'allineamento tra domanda e offerta di competenze specialistiche acquisibili con livelli formativi differenziati (aziendali, regionali e/o universitari) per essere in grado di gestire determinati processi assistenziali legati a particolari tipologie di utenti. Questi professionisti saranno in grado di rispondere ai bisogni assistenziali derivanti dalle mutate condizioni di salute della popolazione e dei loro bisogni più complessi (per esempio: infermieri stomatoterapisti e infermieri specialisti in *wound care*, in gestione *device picc team*, *pain nurse*, in rischio infettivo, di comunità e di famiglia, in ambito operatorio, etc.). In particolare, sarà di competenza dell'infermiere laureato magistrale, la gestione della complessità nel paziente degente o territoriale. L'infermiere magistrale eserciterà con competenza e conoscenze specialistiche, rispondendo alle richieste dei pazienti e dell'organizzazione stessa.

Rafforzamento del ruolo di coordinamento con opportuna formazione (laurea specialistica invece che Master di I livello)

Abbandono di logiche prestazionali/esecutive, a favore dell'applicazione di modelli organizzativi a sostegno della presa in carico della persona e dei loro care giver

Anche il **contesto organizzativo** nel quale i professionisti agiscono dovrà essere riprogettato per garantire l'umanizzazione dell'assistenza ai pazienti nonché efficacia e sostenibilità delle cure, coerentemente con il mutato contesto socio/economico e professionale:

- uno tra i più importanti requisiti di qualità di un contesto organizzativo è rappresentato, infatti, dall'umanizzazione delle cure che deve essere garantita a tutti i pazienti. Questo vuol dire innanzitutto agire concretamente il principio secondo cui il "tempo della relazione è tempo di cura". Principio, quest'ultimo, che si esplicita solo se i professionisti sanitari coinvolti nell'organizzazione sono quantitativamente adeguati al fabbisogno reale, se vengono messi nelle migliori condizioni per lavorare e se vengono valorizzate e costantemente innovate al massimo le loro competenze.

⁸ Per quanto concerne gli aspetti gestionali e organizzativi nel documento elaborato da SIDMI si danno indicazioni in merito alle seguenti funzioni di ruolo: erogazione di cure sicure e di qualità basate sulle migliori evidenze scientifiche; sviluppo di modelli organizzativi assistenziali, ospedalieri e territoriali e di prossimità sostenuti da evidenze e ricerche; partecipazione a programmi di prevenzione, educazione sanitaria e promozione di stili di vita sani; implementazione e sostegno a studi e ricerche riferite all'attività infermieristica, all'individuazione di *outcome* dell'assistenza, alla definizione di staff sicuri, al benessere organizzativo e a ogni altro processo a sostegno di una direzione improntata all'utilizzo dei dati e al risultato di studi, comprensivi di analisi di sostenibilità economica.

- Sarà necessario progettare e adottare modelli organizzativi orientati a migliorare il clima organizzativo (benessere organizzativo).
- I modelli organizzativi per l'erogazione di assistenza infermieristica dovranno contrastare la logica esclusivamente prestazionale e definire contesti di maggiore qualità, adottando modelli e metodologie che garantiscano la presa in carico della persona.
- Lo sviluppo della professione infermieristica passerà anche attraverso l'abbandono della logica meccanicistica verso un sistema organizzato che collochi il professionista infermiere all'interno di *equipe* non solo multiprofessionali ma soprattutto a forte caratterizzazione interprofessionale.

In sintesi, quindi, è evidente come il contesto organizzativo e la possibilità di adottare modelli assistenziali qualitativamente avanzati sono fortemente influenzati dalla consistenza degli staff assistenziali. Oggi i dati relativi al personale di assistenza infermieristica, che correlano esiti (*outcome*) delle persone assistite, numero e qualità dei professionisti (*staffing*) a indicatori di sicurezza e qualità delle cure, sono macro-indicatori già disponibili in letteratura e consentono di orientare le scelte su questo tema. A tal proposito, riteniamo sia fondamentale l'abbandono della logica del minutaggio assistenziale (definizione requisiti minimi organizzativi), adottando invece la logica del rapporto infermiere paziente.

Con la volontà di arrivare alla definizione di un linguaggio professionale univoco, non essendo ancora maturi i tempi per l'adozione di sistemi maggiormente avanzati (tassonomie professionali), emerge chiaramente la necessità e l'opportunità di invitare le università italiane e i ricercatori infermieristici a elaborare un **Nursing Minimum Data Set** (NMDS) in grado di contenere un raggruppamento minimo di dati assistenziali a elevato contenuto informativo, per l'individuazione degli *outcome* dell'assistenza. L'utilizzo di tale NMDS di livello Nazionale consentirà anche una migliore verifica dei "Livelli Essenziali di Assistenza" (LEA), attraverso l'evidenza degli *outcome* correlati agli interventi assistenziali ospedalieri e territoriali.

La misurazione dei risultati, resa possibile dal NMDS, consentirà di disporre di indicatori utili allo sviluppo ulteriore dei servizi inseriti nei LEA, supportando in tal modo un migliore allineamento tra domanda e offerta. L'inderogabilità della misurazione degli *outcome* dell'assistenza sarà di stimolo anche per l'individuazione delle scale di misurazione da adottare a livello nazionale, fornendo in tal modo un importante contributo utile al confronto professionale.

Si ritiene di dover adottare una strategia maggiormente incisiva nella gestione degli operatori di supporto che ora sfuggono al controllo del *management* infermieristico. A tale proposito, si richiama la necessità che l'intero governo della componente non professionale a supporto dell'assistenza sia formata e gestita esclusivamente dagli

Definizione degli organici (staff) assistenziali determinata da rapporto infermiere /paziente

Coinvolgimento delle Università e dei ricercatori infermieristici italiani per la definizione di un Nursing Minimum Data Set

infermieri. Si ritiene quindi necessaria l'istituzione di un registro degli operatori di supporto, siano essi con formazione complementare o meno.

Si propone di adottare una nuova denominazione che, muovendo da quanto esistente nel contesto internazionale (*Certified Nursing Assistant*) preveda la nascita di un nuovo operatore, denominato "Assistente Certificato all'Infermieristica" (AIC). L'AIC collaborerà sotto la supervisione dell'infermiere professionista (con laurea triennale o magistrale) che manterrà il governo, il monitoraggio e la valutazione della pianificazione assistenziale, attribuendo le attività ritenute affidabili per l'esercizio in autonomia delle stesse.

Infine, riteniamo maturo il tempo di una diversa "inclusione" del sistema di gestione delle risorse umane (HRM) nelle aziende sanitarie Italiane.

In questo quadro di riferimento, è emersa la necessità di stimolare e normalizzare una stretta collaborazione tra gli addetti della funzione di HRM, i dirigenti e coordinatori infermieristici, nonché con gli stessi infermieri, per trasformare le sfide poste dai cambiamenti in opportunità, per ripensare le funzioni e pratiche di HRM al fine di adattarle alle nuove condizioni di lavoro.

Sono maturi i tempi per una gestione strategica delle risorse umane, riferendoci in tal senso alla necessaria connessione verticale tra le funzioni di HRM e la strategia organizzativa, nonché la coerenza orizzontale tra le funzioni di HRM (sistemi di valutazione, ricompensa nonché sviluppo del personale). L'obiettivo principale, naturalmente, sarà quello di utilizzare più efficacemente le risorse infermieristiche per soddisfare le esigenze strategiche dell'organizzazione.

Si ritiene che la selezione del personale infermieristico necessiti di criteri innovativi/evoluti adatti a individuare i soggetti capaci di rispondere alle specifiche esigenze organizzative. Tali approcci dovranno considerare non solo il bagaglio conoscitivo ed esperienziale dei candidati ma anche il loro potenziale (inteso come abilità cognitive, personalità, etc.). Coerentemente, i sistemi di valutazione dovrebbero adattarsi al contesto di complessità operativa in cui si muove quotidianamente il professionista sanitario, svincolandosi da logiche meramente prestazionali ma adottando un approccio che preveda obiettivi correlati alle aspettative di ruolo espresse dall'organizzazione.

Creazione di un registro Nazionale degli Assistenti Certificati all'Infermieristica

Introduzione (ove necessario) e rafforzamento dei sistemi di gestione delle RU

CONCLUSIONI DEL PANEL DI GIURIA

1. Concordiamo che il dirigente infermieristico debba acquisire una posizione di pari livello gerarchico con il management direzionale, in modo che possa partecipare alla funzione di direzione strategica dell'azienda sanitaria e governare l'intero processo assistenziale.
2. Conveniamo che il ruolo di coordinamento sia assunto da personale opportunamente formato (laurea magistrale) e con adeguata esperienza, superando così il vincolo di detenzione di un master di primo livello.
3. Riteniamo opportuno abbandonare i modelli organizzativi assistenziali che prevedano esclusivamente logiche prestazionali/esecutive, a favore di modelli organizzativi a sostegno della presa in carico della persona e dei loro care giver.
4. Riteniamo necessario che nella definizione degli organici assistenziali si introduca – e consideri – il concetto di rapporto infermiere /paziente
5. Condividiamo la necessità di coinvolgere le Università e i ricercatori infermieristici italiani nella definizione di un *Nursing Minimum Data Set*, con l'obiettivo di poter confrontare e misurare i risultati (*outcome*) dell'assistenza infermieristica a livello nazionale.
6. Conveniamo che debba essere formalizzata la figura e il ruolo di un nuovo operatore sanitario, formato e gestito dagli infermieri professionisti, da inserire nei setting assistenziali.
7. Riteniamo opportuno che tali assistenti all'infermieristica certificati siano inseriti in un registro nazionale gestito dalla FNOPI, al fine di tutelare i cittadini e le organizzazioni che fruiranno del loro intervento.

Componenti del *Gruppo di lavoro numero 2*

Referente del Comitato Centrale FNOPI

- Nicola Draoli

Referente metodologico

- Federico Ceschel – Università degli Studi di Roma Tre

Componenti

- **Daniela Donetti** – Direttore Generale Azienda Sanitaria Locale Viterbo
- **Giorgio Magon** – Direttore SITRA (Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo Aziendale) - IRCCS Istituto Europeo di Oncologia, Milano
- **Annalisa Mandorino** – Segretaria Generale CittadinanzAttiva
- **Maria Mongardi** – Presidente Società scientifica nazionale infermieri specialisti del rischio infettivo (ANIPIO)
- **Marco Rotondi** – Presidente Istituto Europeo Neurosistemica (IEN)
- **Laura Stefanon** – Presidente Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee (AISLeC)
- **Angelo Tanese** – Dirigente Presidenza del Consiglio - Docente Modelli organizzativi e Gestione delle Risorse Umane - Corso di laurea Magistrale in Economia e Management Sanità e Innovazione Tecnologica - Università Telematica San Raffaele

La revisione dell'assetto formativo infermieristico in risposta all'emergente fabbisogno formativo di base e specialistico

Gruppo di lavoro numero 3

I cambiamenti necessari all'attuale assetto formativo vanno definiti partendo dalla considerazione di fondo che gli esiti di cura, come supportato dalla letteratura internazionale⁹, migliorano quando l'assistenza è erogata da infermieri esperti e formati. La situazione italiana è tuttavia caratterizzata dalla compresenza di due fenomeni: la drammatica carenza di personale infermieristico da un lato e la scarsa attrattività in ingresso dall'altro.

L'assetto formativo potrebbe prevedere:

1 livello - Laurea triennale in infermieristica e master di I livello / corsi di perfezionamento

Laurea abilitante all'esercizio della professione di infermiere con l'obiettivo di fornire basi scientifiche, metodologiche, tecniche e relazionali per sostenere il ragionamento clinico nelle principali condizioni di salute, malattia, e fine vita e per sviluppare competenze utili ad assicurare alla persona assistita il mantenimento e/o l'aumento dell'indipendenza nella cura di sé.

Al percorso triennale può far seguito un successivo approfondimento in specifiche competenze tecniche, educative, relazionali e riabilitative finalizzate alla gestione di problemi assistenziali trasversali a popolazioni, *setting* o patologie attraverso l'acquisizione di master di I livello o corsi di perfezionamento.

Modifiche necessarie

- Revisione Ordinamento didattico classe di laurea in Infermieristica.
- Conversione del Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica (CLIP) in percorso specialistico post base (Infermiere con LM in area pediatrico neonatologica).
- Aggiornamento del profilo di competenze atteso dal laureato triennale in Infermieristica.
- Revisione dei Master di primo livello.
- Definizione di un protocollo d'Intesa MUR – Conferenza stato regioni su criteri qualitativi e standard della formazione.
- Aggiornamento dei protocolli d'intesa Regioni-Università.
- Requisiti docenza dei Corso di Laurea in Infermieristica (CLI): chiedere che uno dei docenti sia obbligatoriamente un professore di ruolo o un Ricercatore a tempo determinato (RTD) MED/45.

Cambiamenti dell'assetto formativo attuale necessari per rispondere alle nuove aspettative di ruolo

Modifiche necessarie per aggiornare Laurea triennale in infermieristica e master di I livello / corsi di perfezionamento

⁹ Aiken LH, Sloane DM, Bruynell L, et al; RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, *Lancet* 2014; 383: 1824-30

2 livello – Laurea magistrale in scienze infermieristiche e master II livello

La Laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche, istituita ai sensi del Decreto Ministeriale 270/2004 con il DM dell'8 gennaio 2009, si è orientata nel tempo a uno sviluppo prevalentemente finalizzato a conoscenze e competenze trasversali di ricerca, di management e pedagogiche.

L'attuale contesto italiano del Sistema Salute e i cambiamenti sociali ed epidemiologici richiedono che i professionisti infermieri acquisiscano conoscenze e competenze sempre più elevate per rispondere in modo efficace sia all'emergere di nuovi bisogni di salute che alla complessità degli ambienti sanitari e sociosanitari.

Emerge con sempre più evidenza la necessità di riorientare la laurea magistrale verso l'acquisizione di conoscenze e competenze per specifiche aree cliniche. Quindi, successivamente alla laurea triennale, si prevede l'istituzione della laurea magistrale a indirizzo clinico per l'approfondimento di conoscenze e acquisizione di competenze relative a un'area, attraverso l'integrazione della competenza clinica con le competenze di ricerca, organizzazione, formazione ed educazione. Sono proposte sei differenti aree di indirizzo: cure primarie e sanità pubblica, neonatologia e pediatria, salute mentale e dipendenze, intensiva e dell'emergenza, medica, chirurgica.

All'infermiere che ha conseguito la laurea magistrale a indirizzo clinico devono essere riconosciute funzioni e attività specifiche distintive dal laureato triennalista in linea con quanto già accade in molti paesi europei (esempio la possibilità di prescrivere alcuni presidi).

Rispetto ai contenuti manageriali e formativi: i) nelle LM cliniche devono essere forniti anche strumenti manageriali essenziali per la lettura e la gestione dei processi manageriali a favore dell'assistito (coordinamento servizi e aree assistenziali); ii) l'evoluzione di conoscenze e competenze manageriali/formative per ruoli di direzione e formazione accademica deve essere garantita con percorsi distinti post LM come ad esempio i master di II livello o corsi di alta formazione.

Le aree cliniche previste dei percorsi di magistrale, secondo quanto già previsto dal Decreto Ministeriale n. 739/1994 sono:

1. cure primarie e sanità pubblica;
2. neonatologica e pediatrica;
3. salute mentale e dipendenze;
4. intensiva e dell'emergenza;
5. medica;
6. chirurgica.

**Orientamento della
Laurea Magistrale
verso l'acquisizione
di conoscenze e
competenze per
specifiche aree
cliniche**

Modifiche necessarie

- Revisione della classe LM SNT/1 (LM in Scienze infermieristiche separata da LM in Scienze Ostetriche)
- Nuovo ordinamento didattico della LM/SNT1 in Scienze infermieristiche a indirizzo clinico nei 6 settori indicati.
- Modifica\ riscrittura L. 43/06.
- Revisione dei master di secondo livello.
- Laurea magistrale abilitante a funzioni e attività specifiche.

Modifiche necessarie per aggiornare la Laurea Magistrale

3 livello – Scuole di Specialità interprofessionali e dottorato di ricerca

Al terzo livello formativo, successivamente al conseguimento della laurea magistrale, si prevede l'istituzione di scuole di specialità interprofessionali di almeno tre anni per l'acquisizione della specializzazione in un'area di indirizzo affine a quella conseguita con la laurea magistrale.

Istituzione delle Scuole di Specialità interprofessionali

Si conferma il dottorato di ricerca successivo alla laurea magistrale per incrementare le competenze utili per sostenere lo sviluppo della produzione scientifica nell'ambito disciplinare.

Infine, si ritengono necessarie modifiche nell'ambito giuridico (esempio L. 43/2006, Profili professionali etc.), concorsuale e contrattuali per rendere possibile un coerente inserimento dei nuovi profili e la loro piena efficacia sul piano dell'attrattività della professione a tutti i livelli. In particolare, è evidente la necessità di revisionare il profilo professionale dell'infermiere (accorpamento infermiere e infermiere pediatrico) e definire i profili di competenza degli Infermieri con formazione post base (laurea magistrale a indirizzo clinico).

Le necessarie modifiche in ambito giuridico

Per meglio garantire una risposta armonica ai bisogni complessi dei pazienti, è utile definire il rapporto che deve esserci tra infermieri generalisti (laureato triennialista) e infermieri con laurea magistrale. Si ipotizza che gli infermieri con laurea magistrale debbano essere almeno il 15-20% di quelli con laurea triennale.

CONCLUSIONI DEL PANEL DI GIURIA

1. Conveniamo sulla necessità di convertire il Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica in un percorso specialistico post base (infermiere con laurea magistrale in area pediatrico neonatologica).
2. Concordiamo sul fatto che occorra aumentare la qualità della formazione infermieristica, proponendo al Ministro competente un piano di assunzione coerente che porti a un incremento del numero di docenti universitari infermieri di ruolo sufficiente a non impattare negativamente sugli altri corsi di laurea attualmente attivi.
3. Riteniamo necessario che le lauree magistrali a indirizzo clinico debbano svilupparsi nei seguenti ambiti (in gran parte già previsti dal DM 739/1994): cure primarie e sanità pubblica, neonatologia e pediatria, salute mentale e dipendenze, intensiva dell'emergenza, medica, chirurgica.
4. Concordiamo che l'evoluzione di conoscenze e competenze manageriali per i ruoli di direzione deve essere garantita con percorsi distinti e successivi alla laurea magistrale, come ad esempio i master di II livello o i corsi di alta formazione.
5. Conveniamo che la laurea magistrale a indirizzo clinico sia abilitante verso l'esercizio di un profilo professionale con competenze avanzate nonché funzioni e attività specifiche distinte dal laureato triennialista (esempio la possibilità di prescrivere alcuni presidi).
6. Riteniamo necessario prevedere l'istituzione di scuole di specialità interprofessionali quali ad esempio nell'ambito delle cure primarie e sanità pubblica, cure palliative, geriatria ecc.

Componenti del *Gruppo di lavoro numero 3*

Referente del Comitato Centrale FNOPI

- Beatrice Mazzoleni

Referente metodologico

- Alberto Dal Molin – Università del Piemonte Orientale

Componenti

- **Marisa Bonino** – Presidente Società italiana di pediatria infermieristica (SIPINF)
- **Gabriella Bordin** – Presidente Associazione italiana infermieri medicina (ANIMO)
- **Claudio Buttarelli** – Presidente Associazione Italiana degli Infermieri di Camera Operatoria (AICO)
- **Alberto Dal Molin** – Professore associato Dipartimento di medicina traslazionale dell'Università del Piemonte (UPO)
- **Duilio Manara** – Professore associato e Direttore della Didattica professionale del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Ospedale San Raffaele di Milano
- **Ginetta Menarello** – Presidente Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità (AIFeC)
- **Cesare Giovanni Moro** – Presidente Società tecnico scientifica di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale (SISISM) - Coordinatore Infermieristico Servizi Territoriali DSM-D Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Ovest di Treviglio
- **Silvia Scelsi** – Presidente Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (ANIARTI)
- **Daniela Tartaglioni** – Vicepresidente Società Italiana per la Direzione e il Management delle Professioni Infermieristiche (SIDMI)

