Competenze del cittadino nella gestione della salute: quale ruolo del personale infermieristico?

Angelo Tomada,
collaboratore scientifico presso l'Ufficio di promozione e valutazione sanitaria del DSS

Introduzione

Nelle attuali società moderne i cittadini sono chiamati a svolgere un ruolo sempre più attivo nei processi decisionali che riguardano le varie attività della vita lavorativa, sociale e politica. Questa tendenza si conferma pure in ambito sanitario, dove al cittadino-paziente vengono spesso richieste particolari competenze nella gestione della malattia e nel mantenimento di un buono stato di salute. Tuttavia, non sempre le persone dispongono di tali competenze, in particolare i gruppi sociali meno favoriti e con un livello di formazione inferiore.

Questa presentazione intende dunque mostrare in quale misura il personale infermieristico può contribuire a migliorare il livello di competenze dei cittadini e permettere loro di giocare un ruolo più attivo nella gestione della salute.

Il concetto di Health Literacy

Nel 1998 , l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito queste competenze (Health Literacy) come "le capacità e abilità cognitive e sociali degli individui di avere accesso, comprendere e usare l'informazione con modalità utili a promuovere e a mantenere un buono stato di salute". In particolare, la Health Literacy può essere suddivisa in funzionale, interattiva e critica (Nutbeam, 2000). La Health Literacy funzionale è definita in termini di capacità di base di leggere e scrivere che permettono all'individuo di operare efficacemente nell'ambito della salute. La Health Literacy interattiva si riferisce a una capacità più elaborata e alle abilità sociali che possono essere utilizzate per partecipare attivamente nell'ambito della salute. Infine, la Health Literacy critica racchiude avanzate competenze cognitive e sociali necessarie per analizzare in modo critico l'informazione sulla salute e a comprendere le dimensioni politiche ed economiche della salute stessa.

Health Literacy e impatto sulla gestione della malattia e della salute dei cittadini

Possedere una buona Health literacy significa dunque sia possedere le competenze per assumersi la responsabilità riguardo alla propria salute che l'abilità di provvedere alle cure di base, avere conoscenza del sistema sanitario, capire i consigli e le istruzioni dei professionisti sanitari e partecipare attivamente con esse al processo inerente la terapia. La mancanza o un livello inadeguato di queste competenze comportano infatti ripercussioni sia sullo stato di salute personale che sui costi del sistema sanitario nazionale. In particolare, nell'ambito della consultazione medica, ai pazienti con bassi livelli di competenze funzionali e interattive è stata infatti spesso riscontrata una minore capacità nel comunicare i sintomi della malattia e nel comprendere le spiegazioni fornite dal medico come pure un ruolo più passivo nel processo decisionale e una minore aderenza terapeutica.

Il ruolo del personale infermieristico nel miglioramento delle competenze del cittadino-paziente

In passato, nell'ambito dell'infermieristica, gran parte dell'attenzione è stata rivolta all'educazione del paziente ed ai suoi effetti sull'osservanza da parte di questo dei regimi medici prescritti. Nell'ultimo decennio questa educazione si è successivamente espansa a comprendere altri campi quali l'assistenza a domicilio ed i programmi di riabilitazione che richiedono fondamentali modifiche dello stile di vita. L'infermieristica ha inoltre iniziato a focalizzarsi sull'assistere i pazienti e le famiglie a sviluppare le capacità di auto-assistenza necessarie a promuovere livelli più elevati di benessere.

Tutti questi aspetti sono infatti contenuti anche nella definizione attuale dell'associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) la quale fa espressamente riferimento a quella proposta dall'OMS: "Le cure infermieristiche si occupano delle conseguenze dei problemi di salute (attuali e potenziali) e degli effetti provocati dalle terapie nella vita quotidiana degli individui, dei familiari e della collettività. Le cure infermieristiche contribuiscono alla promozione e al mantenimento della salute."

Il nuovo paradigma adottato nelle discipline infermieristiche pone dunque l'accento su concetti fondamentali quali la persona, l'ambiente, la salute, la cura (Kérouac et al., 2006). Secondo questa visione, il cittadino-paziente deve essere considerato una persona nella sua globalità inserita in un particolare contesto socio-economico, culturale e relazionale, con le proprie credenze, conoscenze e valori. L'infermiere non è dunque più unicamente colui che si occupa della presa a carico del paziente, ma assume pure il ruolo di persona di riferimento che contribuisce a migliorare la sua health literacy, ossia le competenze in materia di gestione della malattia, di prevenzione e di promozione della salute.

Nell'ambito della **gestione della malattia**, l'infermiere svolge un'importante interfaccia tra il medico e il paziente che contribuisce a migliorare il processo decisionale e l'aderenza terapeutica. Egli ha infatti l'opportunità di valutare le competenze del malato in termini di capacità di espressione, di comprensione della patologia e delle informazioni che il medico gli ha fornito, delle modalità terapeutiche e dei potenziali effetti collaterali dei farmaci prescritti. L'aumento dell'incidenza delle malattie cronico-degenerative (fisiche e psichiche) associata al costante invecchiamento della popolazione pone inoltre nuove sfide al settore infermieristico riguardanti le competenze dei pazienti nella gestione delle patologie nel lungo termine. L'infermiere diventa pertanto un attore sempre più importante anche al di fuori del settore ospedaliero acuto, come nel caso dell'assistenza e cura a domicilio oppure degli istituti medicalizzati per anziani.

Nell'ambito della **prevenzione primaria**, il personale infermieristico può rendere meglio consapevole il cittadino-paziente circa i rischi derivanti da comportamenti inadeguati o da situazioni ed eventi particolarmente pericolosi per la salute, come nel caso delle ondate di calore, nonché fornire informazioni per attuare misure protettive semplici ed efficaci. Inoltre, l'infermiere può pure svolgere un ruolo coadiuvante nella **prevenzione secondaria** e, in modo particolare, nel migliorare le competenze dei pazienti circa la comprensione delle modalità di diagnosi precoce.

Infine, l'infermiere gioca un ruolo essenziale anche nella **promozione della salute**. L'accertamento dello stato di salute deve infatti riguardare l'essere biopsicosociale nel suo insieme e nell'ambito del suo contesto ambientale. Grazie alla conoscenza della persona con la quale interagisce, il personale infermieristico ha infatti

l'occasione di aumentare il livello di consapevolezza del paziente circa i benefici dell'adozione di stili di vita sani.

Conclusioni

Insieme agli altri attori del sistema sanitario e agli attori che si occupano di salute pubblica, il personale infermieristico costituisce un importante determinante per la salute e il benessere del cittadino-paziente. L'infermiere ha infatti la possibilità di migliorare il livello di competenze del paziente necessarie non solo per migliorare la gestione della malattia e per garantire una aderenza terapeutica ottimale, ma pure per l'adozione di stili di vita sani. Il personale del settore infermieristico ha pertanto l'opportunità di contribuire in modo significativo a ridurre la discrepanza emersa in Svizzera e, soprattutto in Ticino, tra la volontà dei cittadini di giocare un ruolo attivo nella gestione della propria salute e le reali competenze necessarie per raggiungere questo scopo.

Referenze bibliografiche

Ishikawa H. e Yano E. (2008), Patient Health Literacy and participation in the health-care process, in "Health Expectations", 11, 113-122

Kickbusch I. e Maag D. (2007), Lo sviluppo della Health Literacy nelle modern società della salute, in "Salute e società", 1, 185-200

Nutbeam D. (2000), Health Literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21th century, in "Health Promotion International, 15 (3), 259-267

Parikh Ns et al. (1996). Shame and Health Literacy: the unspoken connection, in "Patient Education and Couseling", 27 (1), 37-39

Baker DW et al. (1996), The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services, in "American Journal of Public Health, 5 (6), 329-334

Wilson JF. (2003), The crucial link between literacy and health, in "Ann Inter Med.", 139 (10), 875-878

Murphy PW, Davis TC (1997), When low literacy blocks compliance, in "RN", 60 (10), 58-63

Competenze del cittadino nella gestione della salute: quale ruolo del personale infermieristico?

Angelo Tomada
Collaboratore scientifico
Ufficio di promozione e valutazione sanitaria
Dipartimento della sanità e della socialità

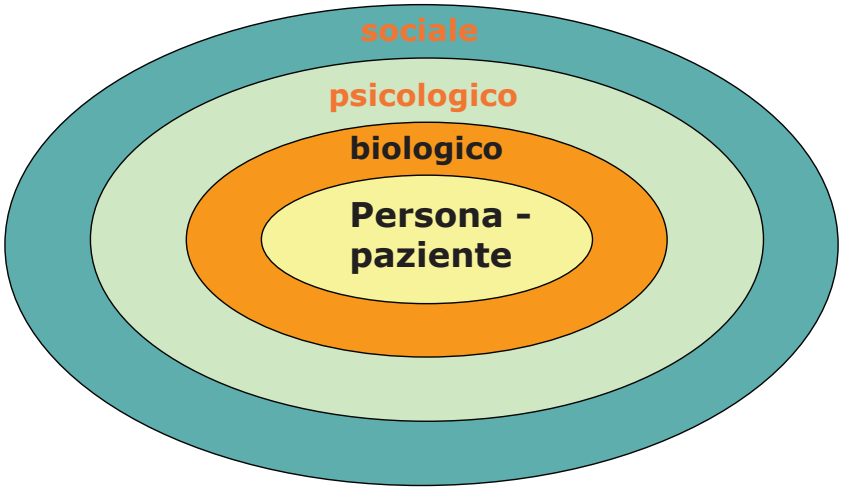
angelo.tomada@ti.ch
www.ti.ch/promozionesalute

Dipartimento della sanità e della socialità

Il concetto OMS di salute

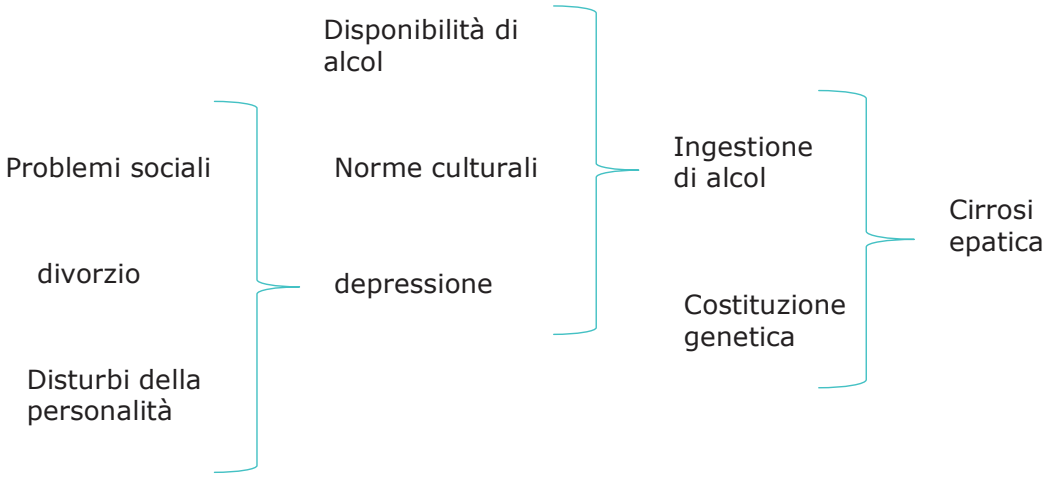
- La salute è definita come uno « Stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia. » Ginevra 1948
- Due implicazioni concettuali e pratiche:
  - Approccio bio-psico-sociale della salute
  - I determinanti della salute
- due aspetti su cui concentrarsi:
  - Il cittadino, la persona-paziente
  - I contesti di vita

L’approccio bio-psico-sociale



DETERMINANTI DELLA SALUTE
(E CONTRIBUTO (in %) ALLA LONGEVITA')
20%
BIOLOGIA
GENETICA
SALUTE
RIPARATORE
SISTEMA
SANITARIO
(ACCESSO)
10-15%
PROMOZIONE
CONDIZIONE
SOCIO-ECONOMICA
COMPORTAMENTI
(LIFE STYLES)
ATTITUDINI
CONTROLLO SUL
PROPRIO AMBIENTE
45-50%
PROMOZIONE
AMBIENTE
(ECOSISTEMA
INDOOR
OUTDOOR)
20-25%

Un esempio: il complesso causale di un caso di cirrosi epatica



Fonte: Wulff et al., Filosofia della medicina, 1995

Le competenze dei cittadini nel campo della salute

- Definizione OMS 1998: " Le capacità cognitive e sociali degli individui di avere accesso, comprendere e usare l'informazione con modalità utili a promuovere e mantenere un buono stato di salute".
- Importanza della Health Literacy interattiva: "si riferisce alle abilità sociali che possono essere utilizzate per partecipare **attivamente** nell'ambito della salute" (Nutbeam, 2000).

Health Literacy e impatto sulla gestione della malattia e della salute

- Assumersi la responsabilità riguardo alla propria salute
- Capacità di provvedere alle cure di base
- Avere conoscenza del sistema sanitario
- Capire i consigli e le istruzioni dei professionisti sanitari
- Partecipare attivamente al processo riguardante la terapia

Il ruolo del personale infermieristico nel miglioramento delle competenze del cittadino - paziente

- Visione bio-psico-sociale: oltre la presa a carico
- Definizione ASI delle cure infermieristiche:

  "Le cure infermieristiche si occupano delle conseguenze dei problemi di salute (attuali e potenziali) e degli effetti provocati dalle terapie della vita quotidiana degli individui, dei familiari e della collettività. Le cure infermieristiche contribuiscono alla promozione e al mantenimento della salute."

Promuovere le competenze del cittadino nell'ambito della gestione della malattia

- L'infermiere gioca un'importante interfaccia tra il medico e il paziente:
  - Processo decisionale
  - Aderenza terapeutica
  - Gestione delle patologie croniche
- Informazioni sul sistema sanitario

Discrepanza tra volontà di giocare un ruolo attivo e livello di competenze per la gestione della malattia e della salute

1 Ruolo nei confronti della salute e nella relazione con il medico di famiglia

In generale, è attento al suo stato di salute?	Totale Ticino (n=298) %	Totale Svizzera (n=1255) %
Molto attento / attento	72,1	53,5
Più o meno attento	20,8	41,4
Non molto attento / per nulla attento	6,9	6,1

Fino a che punto sarebbe interessato nel trattare in modo autonomo piccoli disturbi?	Totale Ticino (n=299) %	Totale Svizzera (n=1255) %
Molto / piuttosto interessato	88,3	91,1
Poco / per nulla interessato	11,7	9,9

In generale, quando ha bisogno di un trattamento medico, e più tipi di trattamento sono disponibili, chi dovrebbe decidere qual è il miglior trattamento per Lei?"	Totale Ticino (n=300) %	Totale Svizzera (n=1255) %
Dovrei decidere io	5,7	5,7
Dovrei decidere io dopo avere consultato il mio medico	11,8	18,6
Dovremmo decidere insieme il mio medico ed io	57,9	59,8
Dovrebbe decidere il mio medico dopo averne discusso con me	12,2	11,6
Dovrebbe decidere il mio medico	7,4	3,8
Non so	–	0,5

Fonte: Istituto di medicina sociale e preventiva - Università di Zurigo; elaborazione: Sezione sanitaria, DSS.

4 Relazione paziente - medico - "Quando Lei va dal medico, con quale frequenza..."

...descrive nei minimi dettagli i suoi sintomi? *	Livello inferiore (n=37) %	medio (n=160) %	superiore (n=43) %	Totale Ticino (n=240) %	Svizzera (n=1021) %
Spesso/ sempre	62,2	65,6	79,1	67,5	78,9

...pone domande circa ciò che le interessa sapere e gli aspetti del trattamento che non capisce? *	Livello inferiore (n=39) %	medio (n=162) %	superiore (n=58) %	Totale Ticino (n=246) %	Svizzera (n=1021) %
Spesso/ sempre	56,4	66,0	75,6	66,3	71,9

...il medico le ha lasciato il tempo per fare domande sui suoi problemi di salute o sui trattamenti? ***	Livello inferiore (n=34) %	medio (n=155) %	superiore (n=33) %	Totale Ticino (n=298) %	Svizzera (n=983) %
Spesso/ sempre	76,5	80,0	80,5	79,6	79,0

...il medico le ha spiegato le cose in maniera per lei comprensibile? *	Livello inferiore (n=48) %	medio (n=192) %	superiore (n=58) %	Totale Ticino (n=298) %	Svizzera (n=983) %
Spesso/ sempre	59,5	82,1	84,6	78,9	81,0

...il medico le ha proposto diverse opzioni di terapie alternative? *	Livello inferiore (n=34) %	medio (n=151) %	superiore (n=36) %	Totale Ticino (n=221) %	Svizzera (n=983) %
Spesso/ sempre	14,7	21,2	27,8	21,3	38,6

...l'ha informata dei vantaggi e degli svantaggi e degli effetti indesiderati del trattamento? *	Livello inferiore (n=34) %	medio (n=148) %	superiore (n=37) %	Totale Ticino (n=219) %	Svizzera (n=983) %
Spesso/ sempre	41,2	43,2	48,6	43,8	58,8

*p<0,05; **p<0,1; ***NS

Fonte: Istituto di medicina sociale e preventiva - Università di Zurigo; elaborazione: Sezione sanitaria, DSS.

Promuovere le competenze del cittadino nell'ambito della prevenzione

- Rischi per la salute derivanti da stili di vita
- Nuove situazioni: crisi ambientali ricorrenti
- Informazioni su test di diagnosi precoce

Approccio privilegiato con la persona: relazionarsi e comunicare adeguatamente!

Ma anche: ruolo in ambito comunitario

Promuovere le competenze del cittadino nell'ambito della promozione della salute

- Consigli per mantenere uno stile di vita sano: AZIONE SUL SOGGETTO
- Aumentare la consapevolezza del ruolo del cittadino nella promozione della salute a livello comunitario, istituzionale e politico: AZIONE INDIRETTA SUL CONTESTO

I determinanti della salute e l'empowerment del cittadino: l'importanza di un approccio multidisciplinare e multiscalare

Dahlgren, G. (1995) *European Health Policy Conference: Opportunities for the Future. Vol. 11 – Intersectoral Action for Health.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

GIORNATA DI STUDIO

INFERMIERE MANAGER DELLA SALUTE
REFERENTE TRA SISTEMA SANITARIO E COLLETTIVITA'

21 OTTOBRE 2008

INFERMIERE E TERRITORIO: STORIA E PROSPETTIVE

MARCELLO NUTI

COORDINATORE INFERMIERISTICO ASL N.8 - AREZZO

L'assistenza domiciliare e' stata definita dall'O.M.S. come " la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione".
Nasce in contemporanea o quasi con lo sviluppo moderno della scienza infermieristica. Florence Nightingale nel XIX secolo (1869) assisteva gli ammalati poco abbienti a domicilio.

La Gran Bretagna e' stata la culla e la più progredita nazione nel campo dell'assistenza, tanto è vero che un secolo più tardi (1966), il National Health Service codificò l'attività svolta dai sanitari al di fuori della struttura ospedaliera.
In Italia l'assistenza domiciliare esordì nel 1970, ma ben lontana dal concetto di come la vediamo oggi: il personale veniva impiegato a domicilio per espletare delle faccende domestiche o buorocratiche e per la gestione infermieristica semplice.

Successivamente con la legge N° 833 del 1978 che istituiva i l S.S.N. nascono le Unità Sanitarie Locali e viene introdotto il concetto di Distretto Sanitario di Base: come la struttura tecnico-funzionale per l'erogazione dei servizi di primo livello e pronto intervento.
Le prestazioni assistenziali possono venire erogate a livello ambulatoriale e domiciliare "in forme che consentono la riduzione dei ricoveri ospedalieri.
Alla fine degli anni '80 con l'aumento della popolazione senile si sviluppa l'ospedalizzazione domiciliare (assistenza domiciliare integrata).

GIORNATA DI STUDIO

INFERMIERE MANAGER DELLA SALUTE
REFERENTE TRA SISTEMA SANITARIO E COLLETTIVITA'

21 OTTOBRE 2008

INFERMIERE E TERRITORIO: STORIA E PROSPETTIVE

Di Dr. Nuti M.

INTRODUZIONE

Il mutato quadro epidemiologico, l'aumento delle patologie cronico degenerative e il progressivo invecchiamento della popolazione richiedono radicali ripensamenti delle strategie sanitarie, con l'individuazione di nuovi e più appropriati modelli assistenziali tesi al miglioramento della qualità della vita e a un più razionale utilizzo delle risorse.
E' per tale motivo che in Italia le famiglie, i cittadini e il nostro S.S.N. da anni si stanno orientando verso forme di assistenza che siano più recettive a comprendere i bisogni e le esigenze individuali, che possano ridurre le occasioni di ospedalizzazione non essenziali e, soprattutto, far si che il paziente non rinunci, a causa della malattia al suo nucleo familiare.

PRINCIPI ISPIRATORI E RIFERIMENTI LEGISLATIVI

L'assistenza domiciliare e' stata definita dall'O.M.S. come " la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione".
Nasce in contemporanea o quasi con lo sviluppo moderno della scienza infermieristica. Florence Nightingale nel XIX secolo (1869) assisteva gli ammalati poco abbienti a domicilio.
La Gran Bretagna e' stata la culla e la più progredita nazione nel campo dell'assistenza, tanto è vero che un secolo più tardi (1966), il National Health Service codificò l'attività svolta dai sanitari al di fuori della struttura ospedaliera.
In Italia, l'assistenza domiciliare, esordì nel 1970, ma è ben lontana dal concetto di come la vediamo oggi: il personale veniva impiegato a domicilio per espletare delle faccende domestiche o burocratiche, e per la gestione infermieristica semplice.

Tali servizi gestiti spesso dal Comune avevano una falla su ciò che riguardava il lato sanitario e nei collegamenti con esso; in quegli anni la Sanità era divisa in Enti previdenziali, mentre medici generici, servizi ospedalieri e specialistici agivano in completa autonomia.
Un riferimento normativo di rilevante importanza nella storia della domiciliarità è rappresentato infatti dall'atto istitutivo del Servizio Sanitario Nazionale, che ha organizzato le responsabilità nei tre livelli organizzativi nazionale, regionale e locale.
La legge 833 del 1978 è finalizzata a dare attuazione al dettato costituzionale in materia di tutela della salute e rappresenta il primo provvedimento che sancisce il collegamento e integrazione tra tutte le strutture erogatrici dei servizi sanitari.

E' con questa finalità che nasce l' Unità Sanitaria Locale intesa come " il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni singoli e associati e delle comunità montane i quali, in un ambito territoriale determinato, assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale" per fornire prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione in modo unitario e uniforme in tutto il territorio nazionale.
La legge 833 del 1978 inoltre introduce il concetto di distretto sanitario di base, la struttura tecnico-funzione per l'erogazione dei servizi di primo livello e pronto inverto.
Le prestazioni assistenziali gestite dalla U.S.L. possono venire erogate, secondo la 833, a livello ambulatoriale e domiciliare in " forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri".La normativa riconosce l'assistenza domiciliare come un servizio di pari dignità rispetto a quello ospedaliero e ambulatoriale.
A finire degli anni 80 con la problematica dell' A.I.D.S. e l' aumento demografico considerevole della popolazione senile in Italia si legiferò a favore degli anziani (legge 135/1990 tutela della salute degli anziani e programma di interventi urgenti per la prevenzione e lotta contro l'A.I.D.S.) con un'oculata politica riguardante l'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) e l'ospedalizzazione domiciliare.
Poco più di 20 anni dopo nel 1992 la pubblicazione dei decreti 502/92 e 517/93, considerati testi di " riforma della riforma sanitaria", ribadisce l'obbligarietà dell'articolazione dei distretti socio-sanitari all'interno delle U.S.L..
Il degreto legislativo 229/99, tra le norme per la razionalizzazione del S.S.N., conferma la definizione del distretto come accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari per le cure domiciliari le prestazioni specialistiche, l'assistestenza protesica e colloca l'assistenza domiciliari integrata (A.D.I) nell'ambito dei servizi di assistenza primaria assicurati dal distretto.
Nel piano sanitario nazionale 2003-2005 uno degli obbiettivi portanti è quello di promuovere una "rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza agli anziani, ai malati cronici e disabili".

Gli obbiettivi strategici che il documento cardine si prefigge per conseguire tale risultato sono sei.

- la realizzazione di una sorgente di finanziamento adeguata al rischio di non autosufficienza della popolazione;
- la realizzazione di una rete si servizi di assistenza integrata economicamente compatibili, rispettosi della dignità della persona;
- il corretto ridimensionamento dei nodi della rete (ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata, centri diurni integrati, residenze sanitarie assistenziali e istituti di riabilitazione) in accordo con il loro effettivo utilizzo;
- la riduzione del numero dei ricoveri impropri negli ospedali per acuti e la riduzione della durata di degenza dei ricoveri, grazie alla presenza di una rete efficace ed efficiente;
- il miglioramento dell'autonomia funzionale delle persone disabili, anche in relazione alla vita familiare e al contesto sociale e lavorativo;
- l'introduzione di misure che possano prevenire le disabilità e la non autosufficienza, che includono le informazioni sugli stili di vita più appropriati e sui rischi da evitare.

Il piano sanitario si propone come strumento di armonizzazione e raccordo in riguardo alle politiche regionali per la salute e l'assistenza sanitaria.
Le indicazioni dei P.S.N. vengono poi contestualizzate nei piani sanitari regionali che definiscono alcuni aspetti più specifici legati alle peculiarità territoriali e al relativo fabbisogno quali-quantitativo di personale.
Gli strumenti della pianificazione regionale sono il piano sanitario regionale(P.S.R.) e il piano integrato sociale regionale.Attraverso l'unificazione della programmazione socio-sanitaria regionale si intende dare unico riferimento alla programmazione locale, che è chiamata a diventare momento programmatorio unitario per i diversi soggetti pubblici e sociali, che a diverso titolo, partecipano alla definizione delle scelte e sono chiamati a collaborare per realizzarle. Il P.S.R. 2008/2010 valuta la salute come fattore di sviluppo socio economico ed ambientale, infatti se in Toscana non esistessero i servizi sanitari e le attività collegate, Il PIL regionale risulterebbe inferiore del 7,5%, gli occupati sarebbero l'8% in meno e le importazioni regionali ed estere risulterebbero rispettivamente più basse del 4.5% e del 5.7%. E' la sanità il settore dell'economia che riceve la maggior parte di attivazione interna, ogni 100 euro di spesa pubblica creano una produzione di oltre 120 euro.
Il Piano Sanitario Regionale si basa su 4 principi ispiratori:

1) APPROPRIATEZZA
2) QUALITA'
3) SANITA' DI INIZIATIVA
4) PRODUTTIVITA'

La sanità di iniziativa è la vera novità del PSR ed orienta l'attività verso chi "**meno sa e meno ha "**e che per questo si trova a rischio di minore accesso ai servizi e alla

non espressione del bisogno. Riguarda sia la prevenzione primaria e secondaria, sia gli interventi sul territorio, sia quelli in ambito ospedaliero. Le aree prioritarie di intervento sono: le malattie croniche,gli screening oncologici, i controlli in gravidanza,la prevenzione delle carie dei bambini, i programmi di educazione alimentare.
Lo sviluppo della sanità di iniziativa si base su un nuovo modello assistenziale per la presa in carico "proattiva"dei cittadini ed un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che si manifesti o si aggravi,prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali.

Gli infermieri nel nostro paese, sono presenti in numerosi ambiti, assistenziali: accanto alla tradizionale sede ospedaliera possiamo trovare infermieri impegnati nei settori della salute mentale, delle cure primarie delle cure palliative, delle residenze sanitarie assistite, nel settore delle dipendenze e della prevenzione.
La salute mentale insieme alle cure primarie assorbe la maggior parte delle risorse.
A l'area delle cure primarie fanno riferimento le attività consultoriali e poliambulatoriali e soprattutto l'assistenza domiciliare.
L' articolazione organizzativa dell'assistenza domiciliare integrata è regolata dal D.P.R. 28 luglio 2000, n 270 " regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale" .
L' art. 32 del testo, stabilisce che il medico di medicina generale è tenuto all'assistenza " programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa".
Il successivo art. 39 suddivide l'assistenza domiciliare programmata in tre tipologie:

a) l'assistenza domiciliare integrata (ADI);
b) l'assistenza domiciliare programmata nei confronti dei paziente non ambulabili (ADP);
c) l'assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR).

L' assistenza domiciliare integrata di cui all' art. 39, comma 1, lettera a) è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:

- medicina generale
- medicina specialistica
- infermieristiche domiciliari e di riabilitazione
- di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio alle Aziende
- di assistenza sociale

Lo svolgimento è fortemente caratterizzato dall'intervento integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitarne il ricovero.
L' art. 3 dell'allegato regolamenta invece la "procedura per l'attivazione", specificando che il servizio " viene iniziato con il consenso del medico di medicina

generale, a seguito di segnalazione al responsabile delle attività sanitarie a livello del distretto nel quale ha la residenza l'interessato" da parte di una molteplicità di soggetti (medico di medicina generale, responsabile del reparto all'atto delle dimissioni, servizi sociali e familiari del paziente).
Ove si ritenga opportuno procedure all'attivazione dell'ADI il medico responsabile del distretto e il medico di medicina generale devono concordare:

- la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;
- la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti;
- le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile distrettuale delle relative attività;
- la cadenza degli accessi del medico di medicina generale al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;
- i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

Infine si precisa che il medico di medicina generale ha comunque "la responsabilità unica e complessiva del paziente"; ha l'obbligo di tenere " la scheda degli accessi fornita dalla Azienda presso il domicilio del paziente sul quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi"; ha il compito di attivare " le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati" e infine ha il compito di coordinare" gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente".
Le patologie che consentono l'avvio dell'assistenza domiciliare si riferiscono a:

- malati terminali;
- malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
- incidenti vascolari acuti;
- gravi fratture in anziani;
- forme psicotiche acute gravi;
- riabilitazione di vasculopatici;
- riabilitazione in neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);
- dimissioni protette da strutture ospedaliere.

L'infermiere che opera nel territorio è un professionista che agisce in collaborazione con il medico di medicina generale, la sua funzione primaria è quella di assicurare la continuità assistenziale sia in ambito domiciliare, sia in quello ambulatoriale.L'infermiere diviene per questo un punto di riferimento per la comunità anche per quanto attiene l'informazione sanitaria, la prevenzione la promozione della salute e l'accesso ai servizi che la U.S.L. mette a disposizione dei cittadini.
Il punto focale, il vero valore aggiunto alla professionalità e alla competenza degli infermieri, sta nel rapporto che si instaura con le famiglie, agendo sulla loro possibilità di continuità assistenziale e cercando di dar vita a un'azione educativa

destinata a implementare le capacità di auto cura e, quando necessario di adattamento dei pazienti e della famiglia alla malattia cronica e invalidante.
La convinzione di fondo è nell'azione di questo professionista, sia necessaria una forte integrazione con il nucleo familiare, che rappresenta il soggetto primario della promozione della salute.
Il nucleo familiare torna per questo a essere il centro di raccordo dove, chi si occupa di assistenza, è effettivamente in grado di gestire le situazioni tenendo conto degli aspetti psicologici e sociali del singolo individuo, adattandosi a queste e non pretendendo di applicare soluzioni prefissate per ogni tipo di paziente.
Nel corso delle attività che competono agli infermieri, assumono rilevante importanza le frequenti occasioni di contatto con le ampie porzioni di popolazione: in questo modo vengono a crearsi i presupposti per una diffusione capillare degli interventi. In secondo luogo, gli operatori hanno possibilità di interagire con vari organismi e gruppi locali (circoli sociali, parrocchie, associazioni di volontariato) che sono nello stesso tempo attori e "moltiplicatori" dell'educazione sanitaria nel contesto della comunità.
Il vivere negli stessi ambiti e il condividere gli stessi problemi facilita la realizzazione di strumenti informativi destinati alla popolazione del proprio territorio, allo stesso modo facilita la sperimentazione di nuovi metodi di diffusione delle informazioni che mirano all'attuazione concreta dei progetti di educazione sanitaria indirizzati a ogni specifico gruppo.

OBBIETTIVI DELL'INFERMIERE CHE OPERA NEL TERRITORIO

Le attività sotto elencate possono essere svolte in regime ambulatoriale oppure a domicilio dei pazienti.
Promozione della salute-prevenzione e diagnosi precoce

- contribuire alla lettura epidemiologica del territorio, ivi compresi gli elementi sociali, culturali, economici e politici;
- partecipare ai programmi di mantenimento e promozione della salute;
- partecipare ai programmi di prevenzione delle malattie, degli incidenti e degli infortuni;
- definire indicatori per la valutazione dell'efficacia ed efficienza dei servizi sanitari;
- raccogliere anamnesi del rischio;
- attuare inchieste epidemiologiche;
- diffondere i dati epidemiologici e proporre progetti educativi o di miglioramento;
- utilizzare e, se necessario, contribuire a costruire, un sistema di informazione per la raccolta, l'inserimento e l'anamnesi dei dati in coerenza alla presa di decisione e alla definizione dei bisogni e delle azioni di salute prioritarie, secondo il grado di urgenza e la loro fattibilità economica;
- progettare e sviluppare una rete dei servizi nell'ambito della Sanità Pubblica;
- Svolgere attività di sorveglianza per gli accertamenti sanitari preventivi e periodici: attuando controlli igienici;
- A domicilio, nella comunità;

Promuovere la sicurezza degli ambienti di lavoro e prevenire i rischi occupazionali

- programmare e gestire, in base a protocolli concordati e alla normativa vigente, accertamenti sanitari;
- attuare screening;
- elaborare i dati emersi della sorveglianza sanitaria per una valutazione epidemiologica dello stato di salute dei gruppi a rischio e il successivo monitoraggio;
- collaborare con gli operatori dei Servizi di prevenzione nella identificazione dei rischi presenti in specifici ambienti di lavoro;
- elaborare la mappa-rischi dei servizi ospedalieri;
- proporre, in collaborazione con altri operatori, le misure di prevenzione e di protezione specifiche;

Programmi di prevenzione per problemi sanitari specifici

- progettare e realizza in collaborazione con altri professionisti programmi di screening per le popolazioni a rischio;
- monitorare lo sviluppo psicofisico e la crescita del bambino attraverso visite domiciliari e screening;
- organizzare e attuare campagne vaccinali;
- individuare e prendere in carico bambini in difficoltà;
- assicurare sorveglianza e sostegno ai bambini presenti in "famiglie a rischio" e "comunità a rischio";
- favorire l'inserimento scolastico di bambini disabili o con difficoltà/disagio;
- organizzare programmi di sorveglianza, prevenzione e di controllo delle infezioni in ogni presidio ospedaliero e/o nella comunità, orientato sia agli utenti sia agli operatori sanitari.

Educare alla salute

- individuare, in collaborazione con altri professionisti, i rischi psicofisici e sociali connessi alla qualità di vita in ambito sociale e lavorativo;
- educare le persone e le comunità ad adottare stili di vita sani;
- progettare e realizzare, in una rete multidisciplinare, interventi informativi ed educativi rivolti al singoli e alla collettività sulla identificazione dei fattori di rischio bersaglio;
- progettare e realizzare programmi di apprendimento rivolti a singoli o gruppi di lavoratori per la prevenzione dei rischi e degli infortuni;
- collaborare con le aziende e i datori di lavoro nella progettazione di programmi di formazione e informazione per i lavoratori;
- stimolare i lavoratori ad assumersi le proprie responsabilità per promuovere la salute negli ambienti di lavoro;
- monitorare i cambiamenti ambientali ed individuali adottati dopo gli interventi di formazione/ informazione;
- fornire consulenza e supporto educativo ai genitori per una crescita sana del bambino (alimentazione, cure igieniche, ruolo del gioco e degli stimoli affettivi…);
- progettare e realizzare, in collaborazione con gli insegnanti delle scuole,

specifici programmi di educazione alla salute rivolte agli studenti per il controllo dei fattori di rischio in rapporto alle fascie di età;
- partecipare a progetti di educazione e prevenzione rivolta agli adolescenti su problematiche di salute fisica, relazionale e sociale (disturbi dell'alimentazione, fumo, alcol, problemi affettivi e relazionali…);
- incoraggiare le famiglie a rischi ad accettare l'aiuto di operatori competenti;
- progettare, realizzare e fornire consulenza, in collaborazione con altri professionisti, interventi in materia di educazione sessuale;
- fornire consulenza su tematiche relative la procreazione responsabile e la contraccezione;
- fornire consulenza alla coppia su tematiche relative la qualità del rapporto interpersonale, le problematiche di coppia e della famiglia.

ASSISTENZA (comprensiva di tutti gli interventi di pianificazione, attuazione, valutazione dell'assistenza)

Identificare le necessità assistenziali e pianificare l'assistenza a domicilio e nei servizi sanitari territoriali

- accogliere le persone e le loro famiglie nei diversi contesti e servizi;
- raccogliere l'anamnesi infermieristica familiare e personale e registrarla per la stima delle necessità assistenziali;
- svolgere una funzione di filtro rispetto alle richieste dell'utente orientandolo verso i servizi e gli operatori competenti;
- gestire colloqui di aiuto, tenendo conto delle implicazioni etiche, sociali e legali, attivando le risorse adatte al caso;
- comunicare con la persona assistita a domicilio e la sua famiglia utilizzando modalità comunicative efficaci;
- adattare le metodologie operative alle situazioni complesse e multiple che si incontrano a domicilio e nella comunità;
- identificare nella persona assistita e nella famiglia il tipo e il livello di reazioni alla malattia e/o disabilità e al loro trattamento;
- rilevare e valutare il livello di autonomia della persona;
- rilevare e valutare il livello di qualità di vita della persona;
- monitorare l'evoluzione nel tempo di segni e sintomi;
- diagnosticare i problemi della persona assistita correlati alla malattia, alla disabilità, al trattamento, allo stile di vita, alle modificazioni delle attività di vita quotidiana, alla qualità di vita percepita, alla situazione familiare e ambientale;
- identificare, in base alle condizioni cliniche, sociali e ambientali, gli interventi da adottare nella soddisfazione dei bisogni della persona assistita;
- formulare il piano di assistenza individuale, integrato con altri operatori se necessario, registrando gli obbiettivi dell'assistenza da fornire e il programma delle attività da realizzare;
- supervisionare la qualità della formulazione dei piani di assistenza;
- prendere decisioni assistenziali in coerenza alle dimensione legale ed etica delle situazioni affrontate;

- coinvolgere la persona assistita, la famiglia e altre persone-risorsa nella formulazione e realizzazione del piano assistenziale;
- consultare altri professionisti per affrontare problematiche a carattere pluridisciplinare;
- fornire consulenza ad altri infermieri, non esperti in assistenza domiciliare e comunitaria, in situazioni complesse;
- eseguire interventi tecnici definiti nel piano di assistenza per il sostegno e lo sviluppo dell'autonomia della persona assistita;
- partecipare all'elaborazione e applicazione di percorsi clinici integrati;
- organizzare la somministrazione dei programmi terapeutici e assicurarne la compliance;
- rilevare segni e sintomi di effetti collaterali e complicanze dei trattamenti e segnalarli al medico;
- collaborare con altri professionisti dell'equipe nell'applicazione e adattamento del piano di cure integrato;
- documentare sulla cartella infermieristica l'assistenza realizzata;
- supervisionare la qualità delle informazioni registrate sulla cartella infermieristica;
- valutare l'assistenza infermieristica erogata;
- assistere la persona dopo la dimissione e nella fase post-acuta e assicurare la continuità delle cure a domicilio;
- organizzare la continuità delle cure a domicilio dopo un ricovero ospedaliero, attivando persone-risorsa, mettendo a disposizione i presidi necessari, attivando la rete di operatori con competenze specifiche alla situazione, istruendo sulle modalità assistenziali;
- informare e sostenere la persona assistita e la famiglia nelle fasi riabilitative;
- informare la persona assistita sulle opportunità offerte dai servizi territoriali utilizzabili a supporto delle sue necessità;
- organizzare l'incontro della persona assistita con associazioni, volontari e gruppi di auto-aiuto:

Assistere la persona in fase terminale

- applicare il programma delle cure palliative concordato con l'èquipe;
- stabilire una relazione di aiuto per sostenere la persona assistita e la sua famiglia nel processo della terminalità e del lutto.

Educare terapeutica finalizzata all'autogestione della malattia e del trattamento

- identificare con la persona assistita e la sua famiglia gli stili di vita che possono rappresentare fattore di rischio per la salute;
- valutare il tipo di informazioni in possesso della persona assistita e della sua famiglia e il loro grado di comprensione
- identificare i bisogni educativi della persona assistita e della famiglia;
- definire obiettivi educativi riferiti all'acquisizione da parte della persona assistita e la sua famiglia di corrette abitudini di vita, tenendo conto della rappresentazione della malattia e delle differenze comportamentali legate alla cultura di appartenenza;

- stabilire con la persona assistita e la famiglia un contratto educativo in cui siano definite le strategie per far fronte ai problemi di salute;
- informare la persona assistita e la famiglia in modo mirato e scientificamente valido;
- predisporre materiale informativo relativo al controllo dei fattori di rischio e delle complicanze;
- istruire la persona assistita e la famiglia ad autoidentificare segni e sintomi di complicanze e a prevenire o ridurre gli effetti indesiderati dei trattamenti;
- applicare metodi e mezzi educativi pertinenti alle esigenze individuate;
- identificare gli ostacoli all'apprendimento di comportamenti adattativi da parte della persona assistita e della sua famiglia;
- utilizzare strategie efficaci per superare gli ostacoli dell'apprendimento di comportamenti adattativi;
- valutare la capacità che la persona assistita e la famiglia hanno di seguire a domicilio il programma terapeutico, di identificare i segni e sintomi di complicanze, di seguire le procedure per i controlli che dovrà effettuare, di introdurre i cambiamenti nello stile di vita.

La gestione (pianificare, controllare, valutare)

Pianificare

- pianificare il proprio lavoro tenendo conto degli obbiettivi del servizio e in modo coordinato con l'organizzazione generale dell'istituzione;
- organizzare dei programmi di azione per problemi sanitari specifici e a differenti livelli;
- progettare procedure di raccolta dati, di comunicazione tra servizi e con enti;
- delegare ai collaboratori, sulla base della valutazione delle necessità assistenziali dei malati, le attività assistenziali conformi al loro profilo;
- definire le priorità per utilizzare in modo ottimale le risorse esistenti;
- identificare tipologia e costi delle risorse strumentali ed ambientali, necessarie all'assistenza infermieristica.

Controllare

- richiedere la collaborazione di altre risorse dopo aver valutato insufficienti le proprie capacità e possibilità operative rispetto alla totalità degli interventi assistenziali e preventivi;
- utilizzare le risorse applicando criteri di costo-beneficio;
- adattare le risorse e le attività per il raggiungimento degli obbiettivi;
- utilizzare strumenti di integrazione (linee guida, procedure, protocolli assistenziali, piani di assistenza standard) progettati con l'equipe o da altri servizi per omogeneizzare le modalità operative;
- predisporre cartelle sanitarie di rischio, modulistica specifica;
- assicurare l'archiviazione delle posizioni sanitarie dei lavoratori e degli utenti garantendone la conservazione e una funzionale consultazione;
- redigere relazioni sanitarie, rapporti sull'attività e statistiche;
- preparare e trasmettere l'informazioni secondo i casali appropriati
- utilizzare metodi di comunicazioni interpersonale efficaci nel lavoro di equipe;

- utilizzare canali di comunicazione efficaci in relazione alla tipologia di informazioni da trasmettere;
- collaborare con i componenti del team interdisciplinare nella realizzazione delle attività;
- gestire progetti di cambiamento per il miglioramento della qualità dell'assistenza;
- sostenere e monitorare processi di cambiamento ambientali e lavorativi volti al miglioramento della salute, adottando tecniche di negoziazione e gestione dei conflitti;
- condurre un gruppo di lavoro volto a identificare rischi e misure di prevenzione;
- facilitare l'accesso dell'utenza ai servizi (informazione, orari, abolizione barriere architettoniche, decentramento delle prestazioni assistenziali…)
- coinvolgere i cittadini e le loro associazioni nella valutazione del funzionamento del servizio;
- supervisionare l'approvvigionamento di vaccini, farmaci, materiali e presidi dei servizi;
- garantire la continuità assistenziale a domicilio;
- favorire l'integrazione tra i servizi ospedalieri e domiciliari;
- attivare un lavoro di rete nella continuità per sostenere famiglie e anziani in difficoltà e a rischio di istituzionalizzazione;

Valutare

- identificare la necessità di variare protocolli assistenziali di fronte a situazioni particolari e concordarne l'adattamento;
- supervisionare la qualità della formulazione dei piani di assistenza;
- supervisionare la qualità delle informazioni registrate sulla cartella infermieristica;
- valutare l'assistenza infermieristica erogata;

Consulenza

- fornire consulenza ad altri operatori non esperti di Sanità pubblica;
- raccogliere i dati necessari per comprendere la situazione su cui è chiesto il contributo di consulenza;
- redigere un rapporto sulla consulenza.

Funzione formazione

- valutare il livello di competenza del personale infermieristico e del personale di supporto e derivarne i bisogni formativi;
- pianificare programmi di formazione e preparare materiale didattico per il personale sanitario;
- realizzare interventi educativi al personale rispetto a problematiche inerenti la promozione, la prevenzione e l'educazione e l'educazione sanitaria;
- realizzare attività di tutorato nei confronti di studenti o di altri operatori in formazione nei servizi di comunità e sanità pubblica;
- progettare e realizzare interventi formativi/informativi rivolti a studenti e

professionisti dell'area sanitaria sulla salute ambientale e sulla prevenzione dei rischi occupazionali;
- valutare l'efficacia della formazione sulla performance individuale dell'operatore;
- autovalutare il proprio livello di competenza professionale e derivarne i propri bisogni di formazione;
- progettare e realizzare esperienze di autoapprendimento;
- autovalutare e migliorare il proprio livello di performance per risolvere nuovi problemi

Funzione ricerca
- attuare progetti di ricerca selezionati sulla base dei problemi prioritari di salute e dei problemi prioritari dei servizi;
- collaborare ai programmi di ricerca di pertinenza di Sanità pubblica;
- contribuire al miglioramento della qualità e dell'efficacia in tema di sanità comunitaria;
- contribuire all'analisi dei fattori che hanno influenza sulla salute;
- favorire e realizzare un programma di valutazione;
- identificare specifici problemi e aree di ricerca in ambito di Sanità pubblica;
- realizzare ricerche in collaborazione con equipe multidisciplinari;
- partecipare a ricerche epidemiologiche;
- partecipare a programmi di monitoraggio e controllo di eventi critici (per esempio di rischio infettivo)
- utilizzare i risultati delle ricerche per facilitare la presa di decisione.

Il DISTRETTO SANITARIO DI BASE

Il distretto Sanitario di base rappresenta un'articolazione organizzativo funzionale dell'Azienda U.S.L. finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione. I nuovi, più ampi, ambiti territoriali delle A.S.L. rendono l'istituzione dei distretti un momento indispensabile per una razionale strutturazione del Servizio.
L'integrazione tra i diversi servizi, il supporto fornito al medico di famiglia, la conseguente possibilità di adottare o di potenziare forme di assistenza integrative rispetto all'attività ospedaliera possono consentire una sensibile riduzione della domanda di ricoveri ospedalieri, con conseguenti minori costi umani ed economici.
Il perseguimento di un'efficace integrazione fra le attività distrettuali, l'attività del medico di famiglia, le attività poli-ambulatoriali e specialistiche, e l'attività ospedaliera consente:
- la continuità dell'assistenza nell'ambito dello stesso episodio di malattia, indipendentemente dai diversi luoghi del trattamento, riducendo alla

responsabilità del medico di base le decisioni dignostiche-terapeutiche effettuate al di fuori degli eventuali episodi di degenza ospedaliera;
- la tempestività dell'invio del paziente in ospedale, quando appropriato, fattore determinante rispetto all'efficacia del trattamento ospedaliero e all'entità del consumo di risorse ad esso associato;
- un efficace filtro alla domanda impropria di ricoveri ospedalieri:
- l'attivazione di modalità di comunicazione tra i servizi e i diversi professionisti che agiscono nell'ambito del servizio Sanitario Nazionale tali da non costringere l'utente a fungere da veicolo delle informazioni necessarie per supportare definizione delle scelte assistenziali.

Il Distretto Sanitario di Base dovrà rispondere alle seguenti caratteristiche:
- flessibilità nell'organizzazione, che deve adeguarsi ai reali bisogni di intervento e non riflettere il consolidamento dell'attività precedente;
- metodo di lavoro interdisciplinare, finalizzato ad un'ottimale utilizzazione delle risorse disponibili attraverso l'integrazione delle competenze provenienti dai diversi servizi della A.S.L.;
- orientamento delle attività per progetti e/o per problemi;
- valorizzazione della funzione-chiave dei medici di famiglia e raccordo delle attività dei medici tra di loro e con le altre strutture sanitarie e sociali, allo scopo garantire la continuità di trattamento ai singoli utenti, la razionalizzazione dell'accesso alle strutture ospedaliere e la responsabilizzazione nei riguardi alla spesa.

Il Distretto sanitario di base è l'ambito dove si realizza l'intergrazione socio-sanitaria; è una "area sistema" all'interno della quale debbono incontrarsi con coerenza le caratteristiche fortemente omogenee di alcune particolari "condizioni" della struttura di bisogni, che costituisce la domanda sociale, e le modalità obbligate d'intervento con le quali tali condizioni umane vanno affrontate, per garantirsi efficacia ed efficienza. In questo senso l'integrazione socio-sanitaria va prioritariamente riconosciuta nella domanda e successivamente realizzata nei sistemi d'offerta, superando il tradizionale e deleterio settorialismo. La struttura dei bisogni che costituiscono gran parte dell'attuale domanda di salute (età geriatria; relazione madre-bambino; disabilità, che per effetto del contesto sociale rischia di trasformarsi in handicap; malattia mentale; tossicodipendenza) evidenzia la necessità che la tutela della salute sia organizzata in modo tale da garantire le seguenti caratteristiche:
- compresenza dei tre momenti specifici di intervento (sanitario, socio-sanitario integrato, assistenziale);
- forte valorizzazione del momento preventivo e riabilitativo;
- interdisciplinarietà degli approcci;
- permanenza nel tempo degli interventi (sostegno alla cronicità);
- particolarità del rapporto terapeuta- utente: evoluzione da paziente a soggetto attivo;
- incidenza del ricorso al privato sociale (in molti casi totalmente sostitutivo dell'intervento diretto del Servizio Sanitario Nazionale).

L'attuazione dei distretti seguirà evidentemente strade molto differenziate, in dipendenza della localizzazione (rurale,urbana,metropolitana); spetterà alla dirigenza delle A.S.L. trovare le modalità più adatte per l'istituzione del servizio nel rispetto delle singole realtà.
Le tipologie di attività che trovano un'ideale collocazione a livello del Distretto sono:

- il supporto all'attività del medico di famiglia;
- l'assistenza domiciliare integrata (ADI), per l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali da parte di diverse figure professionali fra loro funzionamente integrate.
- Le attività di ospedalizzazione domiciliare, per consentire l'erogazione di trattamenti che richiedono la disponibilità di competenze professionali di livello ospedaliero, ma che siano tecnicamente erogabili al domicilio del paziente;
- La gestione coordinata degli accessi ai servizi, attraverso:
- La disponibilità presso la sede del distretto dell'interfaccia con il centro unificato di prenotazione (C.U.P.);
- La possibilità per l'utente di utente di espletare le procedure amministrative a livello;
- La disponibilità decentrata di punti di prelievo per indagini chimico-cliniche;
- La disponibilità di sportelli per fornire utenti.

Conclusioni

L'obbiettivo principale dell'Infermiere Territoriale è quello di garantire la salute per il cittadino, come un processo fondamentale, di cui beneficia la persona interessata, il suo entourage familiare e amicale, nonché tutta la società, scaturito da un bisogno forte che, come professionisti sanitari, dobbiamo sapere raccogliere, in un'ottica di continuità dell'assistenza che sia più vicina ai cittadini, accessibile e fruibile. L'educazione sanitaria dei cittadini consente di mettere a punto tutte quelle possibilità di scambio,di informazione, di consulenza, di lavoro comune, di aggiornamento grazie alla presenza di una equipe multidisciplinare sul territorio, che si fa'carico della cura delle persone.
L'Infermiere Territoriale è quindi, l'operatore sanitario che mantiene il più stretto contatto con il cittadino ed assicura l'assistenza generale infermieristica in collaborazione con il Medico di Medicina Generale.

Dr.Nuti Marcello

ALLEGATI

Decreto Ministro della Sanità 14 settembre 1994, n. 739
Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere

Art. 1

1. E' individuata la figura professionale del l'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.
2. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.
3. L'infermiere: a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;e) agisce sia individuazione sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali; f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.
4. L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.
5. La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree: a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica; b) pediatria: infermiere pediatrico; c) salute mentale-psichiatrico; d) geriatria: infermiere geriatrico ; e) area critica: infermiere di area critica.

6. In relazione a motivate esigenze emergenti dal Servizio Sanitario Nazionale, potranno essere individuate, con decreto del Ministero della Sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recente in presenza di mutate condizioni di fatto.

Art. 2

1. Il diploma universitario di infermiere, conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione, previa iscrizione al relativo albo professionale.

BIBLIOGRAFIA

- C. Calamandrei e C. Orlandi. La dirigenza infermieristica – manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali, McGraw-Hill.
- L. Benci. Aspetti giudirici della professione infermieristica – elementi di legislazione sanitaria, McGraw-Hill.
- C. G. Edizioni Medico Scientifiche. Guida all'esercizio della professione infermieristica.
- L. Sasso, L. Gamberoni, A. Ferraresi, L. Tibaldi. L'infermiere di famiglia – scenari assistenziali e orientamenti futuri. McGraw-Hill.

INFERMIERE E TERRITORIO: STORIA E PROSPETTIVE

Marcello Nuti

L’assistenza domiciliare e’ stata definita dall’O.M.S. come “ la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione”.

Nasce in contemporanea o quasi con lo sviluppo moderno della scienza infermieristica. Florence Nightingale nel XIX secolo (1869) assisteva gli ammalati poco abbienti a domicilio.

La Gran Bretagna e’ stata la culla e la più progredita nazione nel campo dell’assistenza, tanto è vero che un secolo più tardi (1966), il National Health Service codificò l’attività svolta dai sanitari al di fuori della struttura ospedaliera.

In Italia l’assistenza domiciliare esordì nel 1970, ma ben lontana dal concetto di come la vediamo oggi: il personale veniva impiegato a domicilio per espletare delle faccende domestiche o buorocratiche e per la gestione infermieristica semplice.

Successivamente con la legge N° 833 del 1978 che istituiva il S.S.N. nascono le Unità Sanitarie Locali e viene introdotto il concetto di Distretto Sanitario di Base: come la struttura tecnico-funzionale per l’erogazione dei servizi di primo livello e pronto intervento.
Le prestazioni assistenziali possono venire erogate a livello ambulatoriale e domiciliare “in forme che consentono la riduzione dei ricoveri ospedalieri.
Alla fine degli anni ’80 con l’aumento della popolazione senile si sviluppa l’ospedalizzazione domiciliare (assistenza domiciliare integrata).

D.P.R. 28luglio 2000 n°270

1) Assistenza domiciliare integrata (ADI)

1) Assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP)

1) Assistenza domiciliare integrata nei confronti dei pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR)

Assistenza Domiciliare Integrata
ADI

- MEDICINA GENERALE
- MEDICINA SPECIALISTICA
- PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE
- RIABILITAZIONE
- ASSISTENZA SOCIALE

Obbiettivi dell'Infermiere Territoriale

1) La prevenzione – diagnosi precoce – educazione sanitaria
2) L'assistenza infermieristica
3) L'educazione terapeutica finalizzata all'autogestione della terapia
1) La gestione: pianificazione e controllo del proprio lavoro
2) La consulenza
3) La formazione
4) La ricerca

IL DISTRETTO SANITARIO DI BASE

Rappresenta un'articolazione organizzativo funzionale dell'ASL finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra diversi servizi sia sanitari che socio-assistenziali

DATI EPIDEMIOLOGICI SULLA CRONICITA' NEL TERRITORIO REGIONALE

- **Indice di vecchia:** 192 ultra sessantacinquenni ogni 100 giovani di età inferiore a 15 anni
- **Stima di prevalenza:**

-150000 persone in trattamento con farmaci antidiabetici, **1/5 dei quali insulinodipendenti**

-770000 persone in cura con farmaci antipertensivi

-si verificano ogni anno circa 11000 infarti miocardici acuti e 10800 ictus cerebrali

-178000 gli ultra sessantacinquenni affetti da BPCO

- attualmente i 4/5 delle prestazioni sanitarie sono richieste per il trattamento della cronicità

-nel 2020 circa il 60 % della popolazione sarà affetta

- patologie croniche

- **Stima di comorbiltà:** gli ultra sessantacinquenni affetti da almeno 3 malattie croniche sono circa 70000 pari al 9% della popolazione toscana

- **Ripercussioni:** Aumento dei costi diretti
  Aumento dei costi sociali

PSR2008-2010
LE ATTIVITA' TERRITORIALI
I VALORI

1 – L'UGUAGLIANZA è la massima espressione di un sistema che intende coniugare il proprio essere solidale ed universalistico con l'efficacia delle sue azioni;

2 – L'UMANIZZAZIONE assume nel PSR un valore operativo che riempie di contenuti l'affermazione di principio, declinandola in azioni e procedure quali il superamento delle criticità della burocrazia;

3 – LA SALUTE deve essere considerata un diritto per il singolo Cittadino ed un dovere della collettività;

4 – il principio di CONTINUITA’ APPLICATA:

- nel percorso assistenziale
- nell’organizzazione dei servizi
- nella formazione
- nella comunicazione
- nell’integrazione

I PRINCIPI

- APPROPRIATEZZA
- QUALITA’
- SANITA’ DI INIZIATIVA
- PRODUTTIVITA’

IL TERRITORIO DOVRA' ADOTTARE MODALITA' ORGANIZZATIVE SIMILI AL MODELLO OSPEDALIERO PER GARANTIRE UNA CONTINUITA' ASSISTENZIALE DI QUALITA' 24 ORE AL GIORNO PER 365 GIORNI L'ANNO….

SISTEMA ORGANIZZATIVO DI ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI ASL 8 AREZZO

A.I.T. nel Comune di Arezzo

4 PRESIDI TERRITORIALI

3 AMBULATORI INFERMIERISTICI PERIFERICI

PERSONALE INFERMIERISTICO:
Dirigente Infermieristico
Coordinatore Infermieristico
35 Infermieri

11 AUTOVETTURE

MODELLO DI CURA

Crisi del modello tradizionale

- Prescrittivo
- Basato sull'attesa dell'evento
- L'Ospedale al centro del sistema

Medicina d'Iniziativa

- Individuazione precoce dei segni e sintomi di aggravamento della malattia
- Coinvolgimento e responsabilizzazione dei pazienti e dei loro familiari nella gestione della malattia
- Spostamento dell'attenzione verso i servizi territoriali

CHRONIC CARE MODEL

Il Chronic Care Model è un modello di assistenza per le Persone affette da malattie croniche, sviluppato dal Prof. Wagner e dai suoi colleghi del McColl Insitute for Healthcare Innovation, in California.

Il CCM è caratterizzato da sei componenti fondamentali:

1) Le risorse della comunità
2) Le organizzazioni sanitarie
3) Il sostegno alle decisioni
4) L'organizzazione del team
5) Il sostegno delle decisioni
6) I sistemi informativi

PROSPETTIVE

CHRONIC CARE MODEL
Valorizza le competenze dell'infermiere nella funzione di aiuto alla persona e alla famiglia

- Nell'autogestione della malattia
- Nel riconoscimento dei segni e sintomi di instabilità
- Nell'acquisizione di stili di vita adeguati
- Nell'utilizzo appropriato dei servizi

I PERCORSI ASSISTENZIALI

Obbiettivo del piano è quello di definire i percorsi adattati alle singole realtà territoriali a partire da specifiche patologie:

- IPERTENSIONE MEDIO GRAVE
- DIABETE MELLITO
- SCOMPENSO CARDIACO
- INSUFFICIENZA RESPIRATORIA IN BPCO
- ICTUS

PNEUMOLOGIA TERRITORIALE
PAZIENTI TARGET

- Portatori di tracheostomia
- Soggetti in ventilazione meccanica domiciliare invasiva e non invasiva
- Soggetti in 02 terapia a lungo termine (OTLT)
- Soggetti con IRC secondaria a patologie broncopolmonari
- Soggetti con complicanze di neoplasie: versamento pleurico ecc.

RUOLO E FUNZIONI DELL'INFERMIERE DI PNEUMOLGIA TERRITORIALE

- E' l'infermiere esperto nella gestione dei pazienti con patologie croniche nella parte tecnica, relazionale ed educativa
- Collabora con il medico specialista nella definizione delle idonee modalità di intervento all'interno di un piano personalizzato
- E' responsabile della corretta presa in carico del paziente nel percorso assistenziale
- Definisce le idonee modalità di intervento per una corretta educazione dell'assistito e della famiglia

Pneumologia territoriale dal 2005 al 2007

Anno	Numeri di ricoveri	Riduzioni
2004	1436	
2005	1364	- 5%
2006	790	- 42%
2007	574	- 27.5%

Grazie!

Scuola Specializzata Superiore Cure Infermieristiche
Associazione Svizzera Infermieri
21 ottobre 2008 Aula Magna Centro San Carlo Lugano - Besso

Infermiere manager della salute

Referente tra sistema sanitario e collettività

Lavoro a domicilio e salute pubblica:

Un'esperienza ticinese

A cura di:

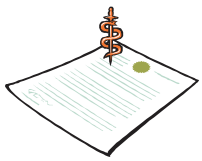
Fabio Maestrini, Direttore Istituti sociali Comune di Chiasso

COMUNE DI CHIASSO
ISTITUTI SOCIALI

Lavoro a domicilio e salute pubblica: un’esperienza ticinese

Definizione di salute pubblica

"La scienza e l'arte di promuovere la salute attraverso interventi organizzati della società per prevenire le malattie e prolungare la durata della vita."(OMS, 1988)



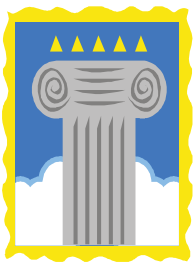
SALUTE *PREVENZIONE*

COMUNE DI CHIASSO
ISTITUTI SOCIALI

Lavoro a domicilio e salute pubblica: un'esperienza ticinese

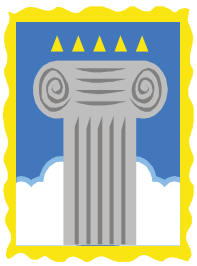
SALUTE

I determinanti dello stato di salute e di benessere



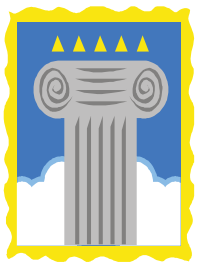
Individuo

- **Caratteristiche**
- **Stile di vita e comportamenti**



Ambiente

- **Sociale**
- **Fisico**
- **Economico**



Contesto sociale

- **Fattori sociali**

COMUNE DI CHIASSO
ISTITUTI SOCIALI

Lavoro a domicilio e salute pubblica: un'esperienza ticinese

PREVENZIONE

La prevenzione è un insieme di azioni e comportamenti tendenti ad impedire l'insorgenza e la progressione di malattie e il determinarsi di danni invisibili quando la patologia è in atto. Vi é la prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
***Primaria*: Eliminazione o correzione dei fattori di rischio - obiettivo: evitare la comparsa di malattie;**
***Secondaria*: Diagnosi precoce - obiettivo: guarigione;**
***Terziaria*: Recupero e riabilitazione - obiettivo: evitare o limitare complicazioni o esiti invalidanti.**

Art. 3 Legge sull'assistenza e la cura a domicilio:
L'assistenza e la cura a domicilio consistono nelle prestazioni temporanee o durature, preventive o riabilitative, eseguite presso l'abitazione dell'utente e finalizzate a mantenervelo.
In particolare, sono considerate prestazioni di assistenza e cura a domicilio:
a) le cure medico-terapeutiche;
b) le cure di base;
c) gli aiuti di economia domestica;
d) la consulenza igienica, sanitaria e sociale;
e) l'informazione e l'attivazione delle risorse disponibili sul territorio;
f) l'educazione e la prevenzione sanitaria.

COMUNE DI CHIASSO
ISTITUTI SOCIALI

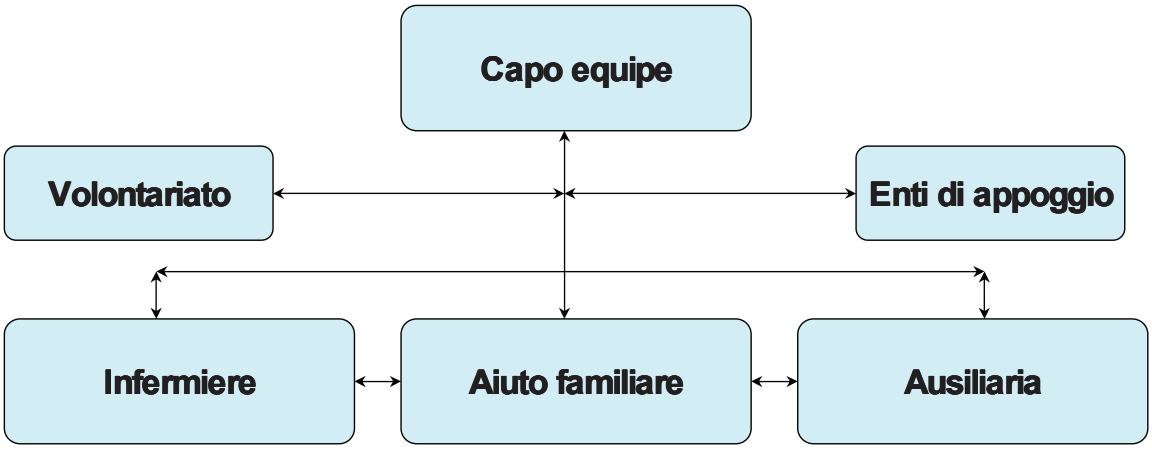
Lavoro a domicilio e salute pubblica: un'esperienza ticinese

I Servizi di assistenza e cura a domicilio SACD

COMUNE DI CHIASSO
ISTITUTI SOCIALI

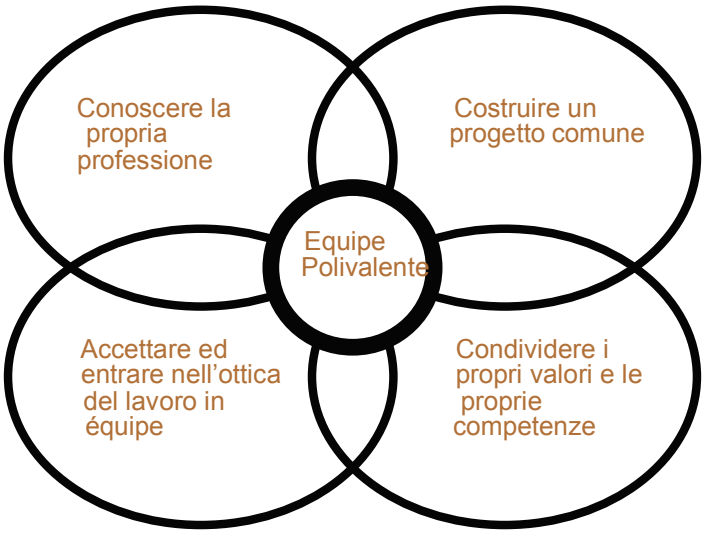
Lavoro a domicilio e salute pubblica: un'esperienza ticinese

L'equipe pluridisciplinare/polivalente



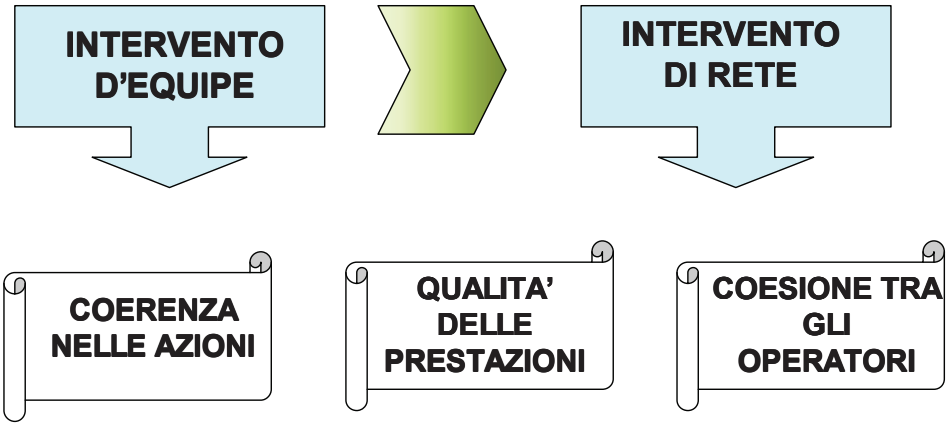
Lavoro a domicilio e salute pubblica: un'esperienza ticinese

L'equipe pluridisciplinare/polivalente



Lavoro a domicilio e salute pubblica: un'esperienza ticinese

L'equipe pluridisciplinare/polivalente

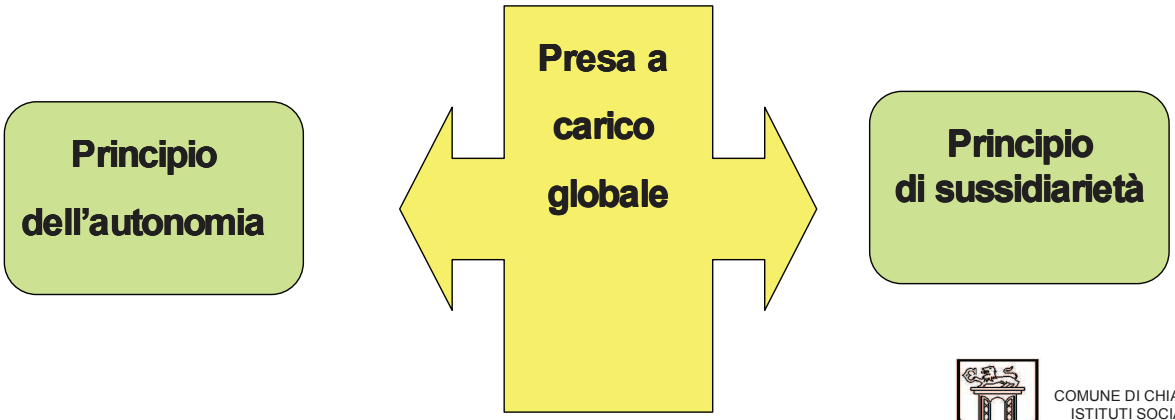


Lavoro a domicilio e salute pubblica: un'esperienza ticinese

La concezione comune di presa a carico

Art. 1 cpv. 2 Legge sull'assistenza e la cura a domicilio (LACD):

L'offerta di cure e assistenza a domicilio è sussidiaria rispetto alle risorse personali e familiari degli utenti.



COMUNE DI CHIASSO
ISTITUTI SOCIALI

Lavoro a domicilio e salute pubblica: un'esperienza ticinese

Alcuni dati statistici - Casi ripartiti secondo il settore di intervento

Settore	2003	% sulla popolazione	2004	% sulla popolazione	2005	% sulla popolazione
INF	609	1.23%	518	1.04%	467	0.93%
AF	620	1.25%	590	1.18%	544	1.08%
INF e AF	372	0.75%	503	1.01%	594	1.18%
Totale	1'601	3.24%	1'611	3.23%	1'605	3.20%

INF = Infermieri / AF = Aiuto familiare

Lavoro a domicilio e salute pubblica: un'esperienza ticinese

Alcuni esempi su progetti specifici nell'ambito della prevenzione e della salute pubblica

IL CONSULTORIO GENITORE E BAMBINO

Viene offerta una consulenza gratuita per permettere di conoscere meglio il bambino nei vari aspetti dello sviluppo e per le cure di cui necessita. Un accompagnamento è possibile durante tutto il periodo dell'età prescolastica. Personale formato è a disposizione per ascoltare le eventuali preoccupazioni e per rispondere alle domande dei genitori.
E' inoltre possibile ottenere informazioni sui vari servizi che operano sul territorio e che possono essere di sostegno sia ai genitori che al bambino.

- **Consulenza igienica, sanitaria e sociale**
- **Informazione e attivazione delle risorse disponibili sul territorio**
- **Educazione e prevenzione sanitaria**

COMUNE DI CHIASSO
ISTITUTI SOCIALI

Lavoro a domicilio e salute pubblica: un’esperienza ticinese

Alcuni esempi su progetti specifici nell’ambito della prevenzione e della salute pubblica

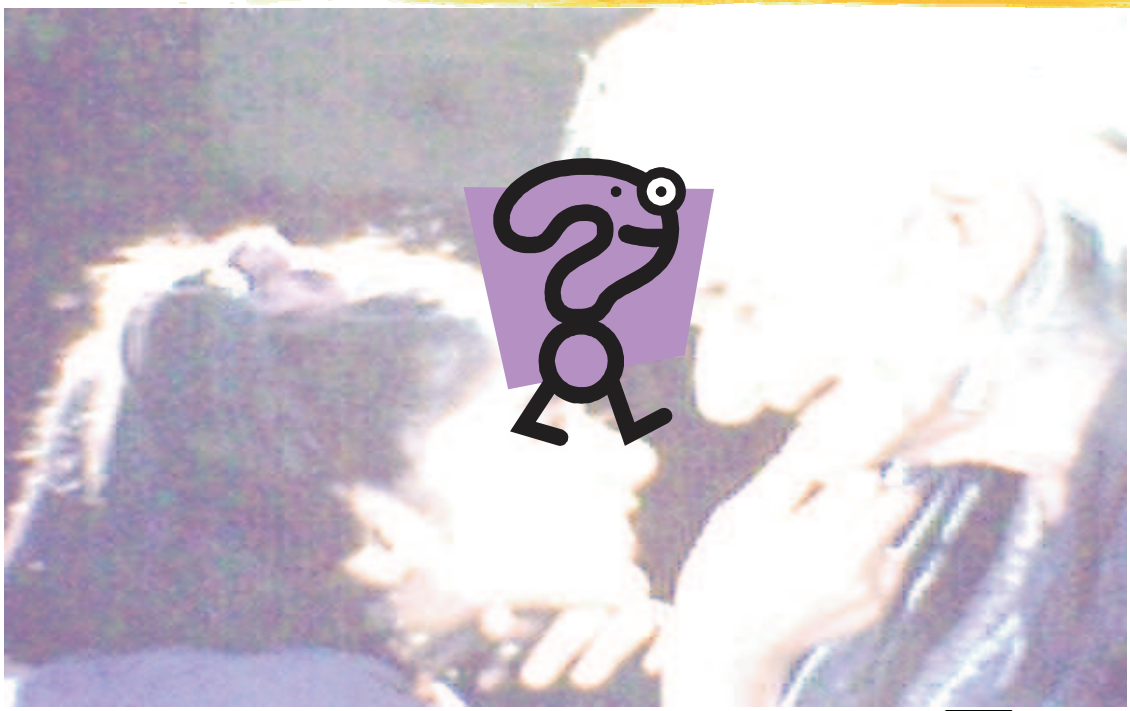
IL PROGETTO PIPA / Prevenzione Infortuni Persone Anziane

Nei paesi occidentali, l'incidenza delle fratture del collo del femore (FCF) conseguenti per lo più ad una caduta, è stimata a 2%, nella popolazione con più di 80 anni; un letto in Ospedale su quattro (in ortopedia), è occupato da una persona con più di 65 anni che ha subito una FCF. Fra queste, una persona su quattro non potrà più tornare al proprio domicilio dopo l'evento. La mortalità relativa tocca circa 1/5 dei pazienti nei 6 mesi seguenti la frattura.
Gli stessi dati valgono anche per il Ticino. È quindi apparsa necessaria la creazione di un progetto di prevenzione, mirato sia a ridurre i rischi di caduta delle persone anziane sia a limitare la gravità delle sue conseguenze. Gli incidenti domestici, a torto considerati da molti inevitabili e "fatali", hanno spesso cause modificabili: le capacità individuali degli anziani, possono migliorare e i rischi ambientali possono essere fortemente ridotti.

Obiettivi:
·Sensibilizzare gli anziani e chi se ne occupa di essi, in vista dell'adozione di misure preventive generali, attraverso il cambiamento degli atteggiamenti e delle abitudini che possano risultare rischiosi per l’incolumità del soggetto
·Ridurre l'incidenza delle fratture del collo del femore, senza diminuire la qualità di vita degli anziani (aumentandola se possibile).

COMUNE DI CHIASSO
ISTITUTI SOCIALI

Spazio alle domande



COMUNE DI CHIASSO
ISTITUTI SOCIALI

GIORNATA DI STUDIO

INFERMIERE MANAGER DELLA SALUTE
REFERENTE TRA SISTEMA SANITARIO E COLLETTIVITA'

21 OTTOBRE 2008

RUOLO ED EFFICACIA DELL'INFERMIERE NELLA SALUTE PUBBLICA: EVIDENZE SCIENTIFICHE

DANIELA MOSCI

COORDINATRICE CENTRO EBHP SANT'ORSOLA MALPIGHI - BOLOGNA

Partendo dalla job description dell'infermiere di sanità pubblica, formulata dalla federazione dei collegi IPASVI italiana si è svolta una ricerca, mediante Internet per arrivare a delineare i tratti comuni che nei diversi paesi (tra cui gli USA, l'Irlanda, l'Australia, la Nuova Zelanda) ha l'infermiere di sanità pubblica al fine di delineare quali possono essere i suoi gli ambiti di intervento. Tra questi sono emersi l'assistenza alla popolazione nell'ambito della prevenzione, della promozione della salute ed dell'educazione sanitaria.

Come qualsiasi ambito professionale sanitario l'infermiere di sanità pubblica è richiesto di erogare una assistenza coerente con lo stato della conoscenza ed in linea alle evidenze scientifiche. Il modello decisionale dell'Evidence Based Nursing è un validissimo supporto per ottimizzare la qualità delle decisioni intraprese, consentendo l'integrazione all'interno del processo delle evidenze scientifiche, delle caratteristiche della situazione clinica, delle preferenze e delle azioni dei pazienti, delle risorse disponibili, mediate dalla clinical expertise del professionista.

Nel panorama sconfinato offerto dalla odierna letteratura, la pratica dell'infermiere di sanità pubblica può grandemente giovarsi dei risultati sia della ricerca quantitativa (utile per capire quali interventi funzionano) e qualitativa (indispensabile per comprendere perché un intervento funziona o meno).

Esistono moltissime risorse a vantaggio della pratica dell'infermiere di sanità pubblica di cui sono presentati alcuni esempi.

Bibliografia

Thomas BH, Ciliska D, Dobbins M, Micucci S. A Process for Systematically Reviewing the Literature: Providing the Research Evidence for Public Health Nursing Interventions. Worldviews on Evidence-Based Nursing Third Quarter 2004: 176-184.

AAVV. Speciale competenze. L'infermiere 2007, 4: 14-15.

D'Innocenzo et al. Linee guida per il master di primo livello: Infermiere di Sanità pubblica. Roma: Gemmagraf, 2001.

Rimer B.K., Glanz D.K. & Rasband G. (2001). Searching for evidence about health education and health behaviour interventions. *Health Education Behavior*, *28*(2), 231–248.

Effective Public Health Practice Project (EPHPP), Public Health Reviews. http://old.hamilton.ca/phcs/ephpp/ReviewsPortal.asp

GIORNATA DI STUDIO

INFERMIERE MANAGER DELLA SALUTE
REFERENTE TRA SISTEMA SANITARIO E COLLETTIVITA'

21 OTTOBRE 2008

COME CONQUISTARE POTERE SOCIALE: QUALI FORME ASSOCIATIVE COLLEGI ORDINI …. UNO SGUARDO SUL PANORAMA INTERNAZIONALE

GIANFRANCO CECINATI

PRESIDENTE COLLEGIO IPASVI - FIRENZE

In Italia clima che caratterizza lo scenario di salute attuale è fortemente condizionato da elementi che influiscono sui livelli di complessità del sistema, che a loro volta impongono puntualità e appropriatezza nel governo politico sanitario. La mondializzazione delle informazioni ed il progresso tecnico scientifico costituiscono un'opportunità per ogni professionista coinvolto nel progetto di cura che deve essere ripensato in una logica di competenza integrata al resto del team multidisciplinare. Le organizzazioni che producono salute hanno sperimentato e consolidato numerosi modelli organizzativi finalizzati al governo delle conseguenze correlate al trend demografico e all'incidenza del fenomeno della cronicità. L'infermiere italiano custodisce, per retroterra storico, una peculiare predisposizione al cambiamento e alla crescita; anche se in Italia, ad esempio, l'ultimo cinquantennio è stato caratterizzato da un'effervescenza culturale che ha partorito una comunità professionale particolarmente eterogenea.

Le professioni "antiche" hanno risposto al fenomeno della complessità in modo decisamente meno dinamico del mondo infermieristico, in certi casi acuendo il conflitto latente che ancora oggi rappresenta un limite all'integrazione delle competenze.

La risposta infermieristica italiana è caratterizzata dal consolidamento dell'Ente Regolatore della professione (Collegi IPASVI) che dal 1954 interviene con azioni di vigilanza, controllo e promozione della professione infermieristica a tutela del cittadino, sostenuto e alimentato da numerose associazioni infermieristiche di carattere scientifico come l'ANIARTI (Associazione Italiana Infermieri Area Critica, l'ANIN (Associazione Italiana Infermieri Neuroscienze etc),

La Federazione Nazionale Collegi (FNC) IPASVI, in procinto di stimolare la trasformazione dei collegi in ordini (Legge 1 febbraio 43/2006), già dal 2004 ha promosso la nascita della Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche (FEPI), con lo scopo di estendere principi e valori comuni agli stati membri in cui è presente un Ente Regolatore giuridicamente riconosciuto, a tutela del cittadino europeo e a vantaggio di una professione strategica in ambito sociale e sanitario.

Come conquistare potere sociale: quali forme associative collegi ordini ….

Uno sguardo sul panorama internazionale

Gianfranco Cecinati
Presidente collegio IPASVI - Firenze

La storia dell'infermieristica nel vecchio continente è stata influenzata da una molteplicità di fattori ideologico – culturali e storici che hanno tracciato una mappa eterogenea rispetto ad un modello di professionista dell'assistenza garante della tutela della salute secondo un approccio omogeneo dal punto di vista tecnico professionale e deontologico.

Gli enti regolatori delle professioni costituiscono l'elemento di omogeneizzazione tra professionisti, a supporto dell'immagine e del ruolo sociale di coloro che erogano un servizio.

In Italia la nascita ed il consolidamento del ruolo dell'infermiere ha risentito di un sistema a spiccata impronta medicocentrica: il D.Lgs. C.P.S. 13 settembre1946 n. 233, *Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse,* ne è una chiara dimostrazione. La comunità professionale deve aspettare il 1954[1] per veder riconosciuto il Collegio Professionale che si consolida includendo Infermiere Professionali, Assistenti Sanitarie e Vigilatrici d'Infanzia. Le attività infermieristiche erano quindi implementate in una sorta di forte dipendenza dalla figura del medico che controllava e disponeva su numerose questioni anche di carattere assistenziale. Il DPR 225/74[2], conosciuto comunemente con il termine di Mansionario, fu accolto con grande entusiasmo dai colleghi di quel contesto storico che percepivano la normativa come una conquista in termini di riconoscimento professionale nell'ambito dell'autonomia e della responsabilità dell'infermiere.

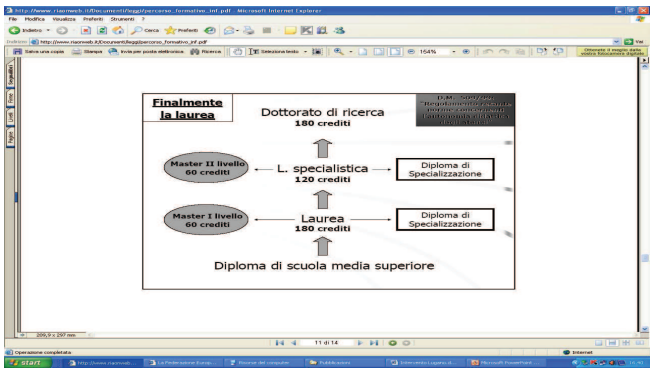
---

[1] Legge 29 ottobre 1954, n. 1049, *istituzione dei collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle visitatrici d'infanzia.*

[2] Decreto del Presidente della Repubblica 14 Marzo 1974, n. 225, *Modifiche al Regio Decreto 2 maggio 1940, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici*.

Il processo evolutivo, sostenuto dall'aumento della complessità dei contesti di cura, conduce a nuove integrazioni normative frutto della tenacia di una comunità professionale costantemente alle prese con un'opinione pubblica orientata al riconoscimento della centralità del medico. Nel 1994, il Decreto 14 settembre 1994, n. 739[3] definisce in modo chiaro ed inequivocabile il profilo professionale dell'infermiere che consolida in modo altrettanto inequivocabile spazi di autonomia ai quali corrispondono precise responsabilità. Il 1999 costituisce un momento estremamente importante per la Federazione Nazionale Collegi IPASVI: la Legge 26 febbraio 1999, n. 42, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie,* dopo cinque anni di compresenza tra profilo professionale e mansionario, costituisce l'elemento normativo che consolida definitivamente il percorso di professionalizzazione giuridica dell'infermiere.

A partire dal 1999 l'ente regolatore della professione italiano intraprende quella che nell'ambito di una campagna di sensibilizzazione viene definita *la stagione della responsabilità;* sostenuta dalle riforme che in ambito universitario consolidano, negli anni successivi il nuovo ordinamento didattico (1996, diploma universitario; 2001 Corso di laurea in infermieristica).



Questo trend, caratterizzato da una sorta di affermazioni normative e battaglie politico/professionali, a supporto della teoria sulla ciclicità degli eventi, ha portato l'infermiere italiano ad aspettare nuovamente, a cinquantadue anni di distanza dall'istituzione dei collegi professionali, il riconoscimento dell'ordine: la Legge 43/2006[4],

---

[3] *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*

[4] "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"

ancora in attesa dei decreti applicativi, riconoscerà definitivamente la formazione e l'autonomia del professionista infermiere attraverso il riconoscimento dell'ordine.

In Italia l'Ordine, a differenza dei Collegi, è caratterizzato da un elenco di laureati in una disciplina garanti del settore di competenza specifico relativo all'ordinamento didattico, al profilo professionale ed al codice deontologico (elemento di condivisione etica fondante ogni disciplina).

Oggi l'esercizio professionale caratterizza numerose dimensioni che coinvolgono l'infermiere in scenari di carattere monodimensionale e multidimensionale e in ambiti clinici, organizzativi e formativi. Le competenze infermieristiche, che nei prossimi anni dovranno essere certificate, presumibilmente dall'ente regolatore della professione, devono essere aggiornate attraverso il rispetto del sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM).

La velocità con cui si sviluppano le conoscenze tecniche in campo scientifico, rende indispensabile per ogni operatore della sanità un continuo aggiornamento che rappresenta una precisa responsabilità nei confronti del cittadino. Il sistema a ECM avviato in Italia, si propone di rispondere a questa esigenza, offrendo occasioni di formazione nei tre ambiti di competenza che concorrono a formare la professionalità di ciascun operatore sanitario.

A partire dal 2002, l'aggiornamento non è più solo un'esigenza del singolo, ma un preciso obbligo professionale, che può essere assolto frequentando eventi ECM accreditati (residenziali, FAD[5] o progetti formativi aziendali), ovvero certificati dall'apposita Commissione ministeriale, attraverso i quali si ottengono un certo numero di crediti ECM, fino a raggiungere la quantità prevista anno per anno. Complessivamente l'ECM coinvolge

---

[5] Formazione A Distanza: Modalità didattico formativa articolata solitamente in 3 generazioni di FAD: quella di prima generazione è una formazione a distanza di tipo tradizionale, ad esempio un corso per corrispondenza; la FAD di seconda generazione punta sull'ausilio di sussidi multimediali, come le videocassette o i Cd-Rom; la FAD di terza generazione punta sull'uso delle tecnologie telematiche e si configura come formazione in rete in senso stretto.

in Italia circa 800mila professionisti, di cui 340mila infermieri. A partire dal 1 gennaio 2002, infatti, il programma ECM si applica a tutte le categorie professionali sanitarie ,sia dipendenti che liberi professionisti. .

Sono esonerati dall'obbligo dell' ECM coloro che frequentano in Italia o all'estero corsi di formazione post base (corso di specializzazione, dottorato di ricerca, master, laurea specialistica) e coloro che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza e di adempimento del servizio militare. .

Il Decreto legislativo 229/99[6], che fissa le regole della formazione continua, indica anche forme di penalizzazione in caso di inadempienza all'obbligo formativo. In particolare, l'articolo 16-quater prevede che nei contratti nazionali del personale del SSN si individuino "specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per il personale che nel triennio non ha conseguito il minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione nazionale". Questa norma per ora non ha avuto applicazione, perchè approvata dopo la stipula dell'ultimo Ccnl, ma dovrà essere discussa con il prossimo rinnovo contrattuale. Da ricordare anche che lo stesso articolo 16 quater stabilisce che le strutture sanitarie private, per poter ottenere l'accreditamento da parte del SSN, debbano dimostrare che tutto il proprio personale abbia assolto l'obbligo formativo regolarmente.

I crediti formativi ECM sono l'unità di misura utilizzata per valutare l'impegno e il tempo che ogni operatore della sanità dedica all'aggiornamento e alla crescita qualitativa della propria professionalità. La valutazione del numero di crediti attribuibili ad ogni singolo evento ECM viene effettuata da professionisti, ciascuno per la propria categoria professionale. Il sistema italiano oggi prevede la possibilità di accreditamento sia a livello regionale che nazionale. Per il primo quinquennio (2002-2006) si è stabilito che ciascun operatore debba ottenere complessivamente 150 crediti ECM, con un obbligo progressivo

[6] *Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*, art. 16-bis. -Formazione continua-

di crediti da 10 per il primo anno fino a 50 per il quinto anno. Ogni anno si dovrà realizzare almeno la metà del debito formativo previsto e non si potrà comunque superare il doppio dell'obbligo.

2002: 10 crediti (possono essere recuperati anche nel 2003)

2003: 20 crediti

2004: 30 crediti

2005: 40 crediti

2006: 50 crediti

2007: 30 crediti[7]

2008/2010: 150 crediti [8]

Gli eventi formativi che si svolgono in altri Paesi, comunitari e non, possono essere accreditati se un Organizzatore italiano richiede l'accreditamento, sempre tramite registrazione nel programma ECM".

Ampliando la visione ed estendendola al panorama europeo è con soddisfazione che si evidenzia proprio il ruolo dell'Italia nella promozione di un sistema allargato di monitoraggio e promozione del ruolo dell'infermiere in una logica comunitaria.

La consapevolezza dell'eterogeneità che ha caratterizzato per molti anni lo scenario europeo delle professioni della salute, ed in modo particolare di quella infermieristica, ha spinto la Federazione Nazionale Collegi IPASVI a stimolare una riflessione sulla costruzione di una rete ideologico culturale in grado di consolidare il ruolo socio politico dell'infermiere europeo. Questa intuizione, fortemente sostenuta dall'enorme effervescenza professionale ha caratterizzato la nascita della Federazione Europea delle

[7] Conferenza Stato Regioni 14 dicembre 2006: proroga di sei mesi del regime sperimentale
[8] Conferenza Stato–Regioni del 1 agosto 2007, concernente il *Riordino del sistema di Formazione continua in Medicina*

Professioni Infermieristiche (FEPI), fondata a Roma nel 2004 dai rappresentanti degli enti regolatori del Regno Unito, della Spagna, dell'Irlanda e dell'Italia.

Lo scenario che caratterizza questo evento è rappresentativo di quella disomogeneità sostenuta dalla storia e dalle situazioni politiche interne alle nazioni coinvolte: scarso dialogo tra professionisti della Comunità Europea, assenza di una piattaforma comune tra gli stati membri per la garanzia di standard formativi ed assistenziali su tutto il territorio comunitario, assenza di un sistema garantista rispetto alla libera circolazione di professionisti infermieri, scarsa cultura della tutela della salute del cittadino europeo.

Questi presupposti sono stati lo stimolo che ha spinto numerosi paesi (Croazia, Romania, Grecia, Polonia) a intraprendere percorsi di ristrutturazione del sistema di regolamentazione della professione infermieristica, aumentando ed accrescendo le adesioni a FEPI, reagendo positivamente a questioni di politica interna particolarmente rigida ed in alcuni casi, come già detto repressiva e totalitaria.

Oggi FEPI rappresenta 1106000 infermieri, ai quattro stati fondatori si sono aggiunti anche la Romania, la Polonia, la Grecia, la Croazia e il Portogallo. Anche il Belgio e la Francia stanno lavorando per la costituzione di un ente regolatore giuridicamente riconosciuto e probabilmente presto faranno parte di FEPI.

La disomogeneità nell'ordinamento politico che comunque continua a caratterizzare la comunità infermieristica negli stati europei determina, l'impossibilità ad allinearsi alla rappresentanza politica più numerosa, ma certamente non condiziona il principio di collaborazione che alimenta gli obiettivi degli infermieri che, con o senza ente riconosciuto condividono obiettivi sovrapponibili. Un esempio tangibile della condivisione di intenti è rappresentato dai gruppi di lavoro FEPI (codice deontologico e formazione) che hanno coinvolto anche colleghi di stati comunitari privi di un ente regolatore, appunto giuridicamente riconosciuto.

Paesi come la Germania, l'Austria, il Belgio, il Lussemburgo, la Svezia e la Danimarca, la Finladia ed i Paesi Bassi, hanno una regolamentazione che prevede o la gestione centralizzata del Ministero della Salute che assorbe la missione di regolamentare le professioni della Salute, oppure riconosce aspetti di regolamentazione ad associazioni di professionisti (in Italia un esempio è rappresentato dall'AIFI – Associazione Italiana Fisioterapisti) che nomina ed elegge all'interno dell'associazione gli interlocutori politico professionali rappresentativi di una comunità specifica.

L'associazionismo professionale, soprattutto nei paesi in cui esiste un ente regolatore della professione, costituisce un'espressione di settori specifici rispetto all'infermieristica generale, che trovano la loro dimensione in gruppi di colleghi che, oltre a condividere l'appartenenza all'ente, sviluppano progetti e percorsi tipici di quell'area specialistica.

Un esempio eclatante in Italia è rappresentato dall'Associazione Nazionale Infermieri di area critica *che, dal 1981, su tutto il territorio nazionale, valorizza la cultura, le competenze e l'operatività degli infermieri di area critica.* Aniarti, come le altre associazioni, persegue i contenuti della propria missione attraverso l'organizzazione di eventi formativi accreditati ECM, di cui è provider; monitorando gli aspetti contrattuali dei professionisti infermieri che operano nello specifico settore, attraverso un confronto continuo con i sindacati e sensibilizzando i Presidi dei Corsi di Laurea in infermieristica ad investire nell'infermiere/docente per la formazione teorica dello studente.

Quest'ultima riflessione, nel panorama italiano assume un significato particolare: il numero dei laureati in medicina (365000), supera quello degli infermieri (340000) a fronte di un fabbisogno di gran lunga diverso, sia dal punto di vista proporzionale che da quello distributivo. Basti pensare che in Irlanda il rapporto medico infermiere è di uno a sette; nel Regno Unito è di uno a cinque, in Germania di uno a quattro, in Spagna di uno a tre e mezzo ed in Italia di 1 a 0,93.

Probabilmente proprio per problemi di collocamento siamo uno dei pochi paesi in cui ancora si propongono medici a formare infermieri. I dati relativi a queste riflessioni scaturiscono proprio dagli elenchi forniti dai collegi IPASVI.

Un elemento fondamentale e caratterizzante un ente regolatore è, appunto, la tenuta di un registro rappresentativo dell'anagrafe professionale e di coloro che, in virtù dell'iscrizione in quel registro, possono esercitare la professione.

Lo scenario europeo che ha caratterizzato l'istituzione della Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche identifica il Consiglio Europeo delle professioni Liberali, l'identità politica di riferimento e di appartenenza. *Conseil Européen des Professions Libérales* (CEPLIS) nasce per rispondere alle stesse questioni che successivamente stimolano la nascita di FEPI che, dal 2004 partecipa attivamente alle attività integrate proposte da CEPLIS.

Le aree d'intervento che la federazione europea intende presidiare sono quelle contenute nella direttiva 36/2005 e quella sui servizi o Bolkestein[9], ampiamente approfondite nelle conferenze che, dal 2005 si sono succedute con regolarità con cadenza annuale. La formazione e la vigilanza ed il controllo sulla professione sono sostanzialmente le aree d'intervento che ricadono direttamente su quello che è il mandato principe di tutela del cittadino.

Per quanto riguarda la formazione, gli obiettivi sono quelli di recepire i documenti che regolamentano i percorsi didattici, sia in termini di durata che di contenuti. Per formazione si intende anche la preparazione linguistica che oggi rappresenta un grande limite in realtà in cui si esercita la professione infermieristica anche senza possedere requisiti linguistici minimi, indispensabili per una professione di grande valenza relazionale.

---

[9] Direttiva 2006/123/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 dicembre 2006 , relativa ai servizi nel mercato interno

Gazzetta ufficiale n. L 376 del 27/12/2006 pag. 0036 - 0068

Altro importante settore d'intervento è la vigilanza ed il controllo che determinano uno scenario più operativo rispetto a quello della formazione indispensabile per aumentare il livello di performance e ridurre quello di errore. La vigilanza in seno agli enti regolatori è questione prettamente etico deontologica e nasce dall'iscrizione all'albo, si concretizza con l'adesione al codice deontologico e vive nelle attività di collaborazione con l'ente regolatore.

FEPI ha attivato un gruppo di lavoro sulla formazione recependo l'input contenuto nel documento stilato nell'ambito del processo di Bologna ed in linea con il Programma di Formazione Continua della CE con l'intento di determinare percorsi comuni nell'ambito dell'istruzione, della formazione e delle competenze. Per quanto riguarda l'aspetto di vigilanza e controllo, FEPI ha costituito un gruppo di lavoro sui codici per costruire un documento sostenuto dalla direttiva 36/2005 e dal CEPLIS (valori comuni 2004) che possa creare ponti ideologico culturali tra gli stati membri ed orientare il professionista infermiere ad un comportamento adeguato allo scenario in cui opera.

La Federazione Nazionale Collegi IPASVI attualmente è impegnata nel supporto al cambiamento di uno scenario caratterizzato dagli aspetti riconducibili al Nursing transuculturale, sostenuto da professionisti portatori di culture e tradizioni originariamente diversa da quella europea. Questo aspetto viene affrontato nelle sue due dimensioni concettuali, la prima rappresentata dalla possibilità di intraprendere un master che specializza l'infermiere in questo aspetto assistenziale specifico; ed il secondo che vede l'attivazione di *punti di ascolto,* all'interno degli enti regolatori finalizzati al supporto dei colleghi stranieri che svolgono attività infermieristica in Italia.

Il servizio sanitario nazionale, ed in particolare la Regione Toscana, si è mostrata sensibile alle questioni multiculturali dei cittadini stranieri e, ad esempio, ha offerto la possibilità di organizzare accessi al pronto soccorso in cui, oltre al triage, viene compilato un tesserino identificativo che garantisce le cure ospedaliere nei sei mesi successivi alla compilazione.

Grazie a questo sistema, che prevede di non approfondire la posizione del cittadino straniero rispetto al permesso di soggiorno, è stato possibile conferire rintracciabilità ai percorsi di cura, senza entrare nel merito di aspetti di ordine giudiziario che spingevano numerosi extracomunitari a "fuggire" dall'ospedale oppure a non recarsi in luoghi di cura anche in caso di urgenza.

Ma le questioni che caratterizzano lo scenario italiano sono rappresentate anche dal trend demografico significativo del rapido invecchiamento della popolazione con conseguente necessità di rileggere le organizzazione in funzione di modelli assistenziali sulla cronicità.

Il Cronic Care Model (CCM), ad esempio, costituisce il modello di riferimento della Regione Toscana, che intende sviluppare una rete territoriale che attinga da gruppi multidimensionali a supporto della comunità, facendo leva sull'organizzazione ed i suoi strumenti operativi, sulle risorse della persona assistita in termini di self management e sul sistema informatizzato che oggi garantisce l'annullamento delle distanze e la conseguenza immediatezza degli interventi.

La realtà organizzativa che caratterizza il sistema di cura in Italia propone, in ambito ospedaliero, un modello che per caratteristiche peculiari introduce il concetto di continuità con il territorio: il modello per intensità di cura prevede una struttura in cui i pazienti vengono presi in carico in base ad una complessità che scaturisce dalla stabilità clinica della persona e da altri parametri di valutazione che rientrano nel modello di valutazione della complessità che viene adottato. Livelli elevati d'intensità caratterizzano *l'intensive care*, di cui fanno parte le terapie intensive e sub intensive e seguono, in senso discendente, aree d'intensività intermedia fino ad arrivare alle dimensioni correlate alla cronicità. Un'area strategica che caratterizza i percorsi di continuità è rappresentata dal triage, (termine francese che indica *cernita - smistamento*) *sistema utilizzato per selezionare i soggetti coinvolti in infortuni, gravi o leggeri che siano, secondo classi di*

urgenza/emergenza crescenti, in base alla gravità delle lesioni riportate o del loro quadro clinico. Rispetto alla gestione degli accessi al Pronto soccorsi la Toscana ha proposto un progetto definito *see and treat* che, in linea con l'analogo modello angloamericano, attribuisce all'infermiere la gestione di casi riconducibili a codici bianchi. In altre parole, dal prossimo novembre, finito il corso di formazione ad hoc, gli infermieri professionali potranno vedere - se i medici di ps sono impegnati - i bimbi con il dito che sembra rotto o che sanguinano dal naso, gli ipertesi episodici, le congiuntive arrossate o l'occhio nero. Potranno prescrivere internamente radiografie a mani e piedi (ma non alle costole o al femore) somministrare medicamenti e, potenzialmente, prescriverli. La procedura in ps cambia così: dopo il triage, cioè la prima visita notoriamente svolta da infermiere che attribuisce un codice di gravita (bianco, verde per urgenze differibili, giallo per le urgenze, rosso per le emergenze), il paziente è indirizzato nell'area *See and treat* che verrà creata per quel 70 per cento di utenti "impropri" destinati a lunghe attese.

La presenza delle federazioni nazionali intorno a tavoli politici in cui si pianificano strategie di salute sono fondamentali a consolidare il ruolo sociale di un infermiere che si va a collocare tra sistema sanitario e collettività con forza, attendibilità e consistenza.

Lugano, 21 ottobre 2008

Giornata di Studio
Infermiere manager della salute
referente tra sistema sanitario e collettività

Ruolo ed efficacia dell'Infermiere di Sanità Pubblica: evidenze scientifiche

Daniela Mosci
Coordinatore Infermieristico
Centro Studi EBN
Azienda Ospedaliero Universitaria
Policlinico S. Orsola Malpighi
Bologna

Ruolo dell'Infermiere di Sanità Pubblica

Infermiere di Sanità Pubblica:

DM 739/94 Profilo dell'Infermiere

Art. 5 - La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

a) sanità pubblica: Infermiere di sanità pubblica;
b) pediatria: Infermiere pediatrico;
c) salute mentale-psichiatria: Infermiere psichiatrico;
d) geriatria: Infermiere geriatrico;
e) area critica: Infermiere di area critica.

Federazione IPASVI
2007

•MISSION: L'Infermiere specialista in sanità pubblica è il professionista che analizza i bisogni di sanità pubblica della comunità, contribuisce alla promozione della salute e alla prevenzione, svolge attività di ricerca e consulenza.

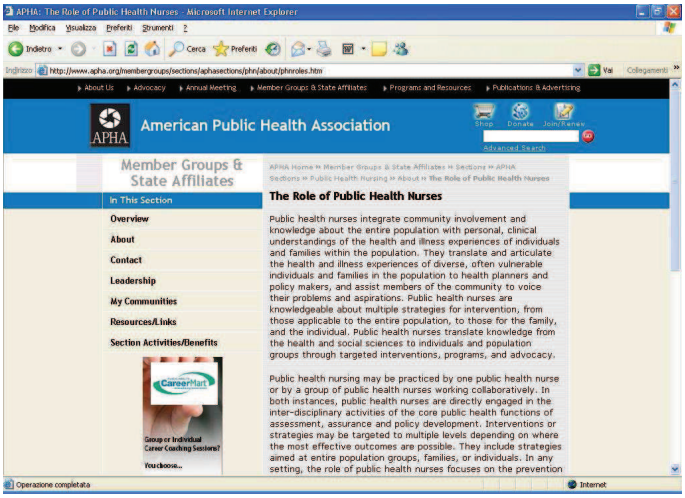
Analisi della comunità ed **identifica i fenomeni epidemiologici** del territorio in cooperazione con il mmg, le altre figure professionali e le associazioni

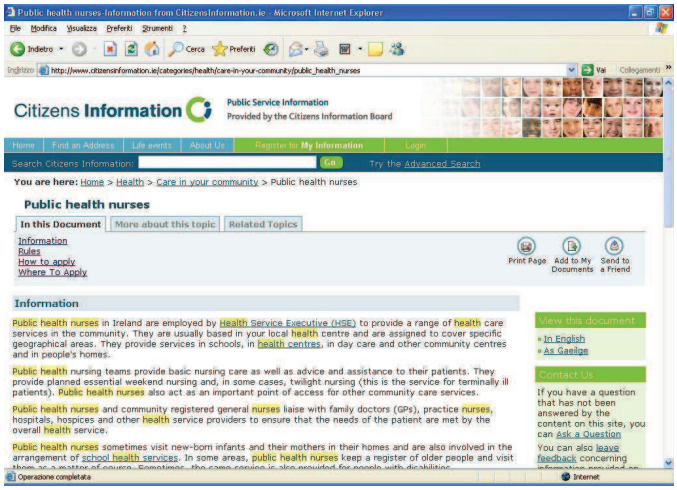
Analizza il fenomeno delle **infezioni ospedaliere** e collabora ad identificare idonei percorsi di intervento tesi alla tutela del cittadino ricoverato nelle strutture sanitarie.

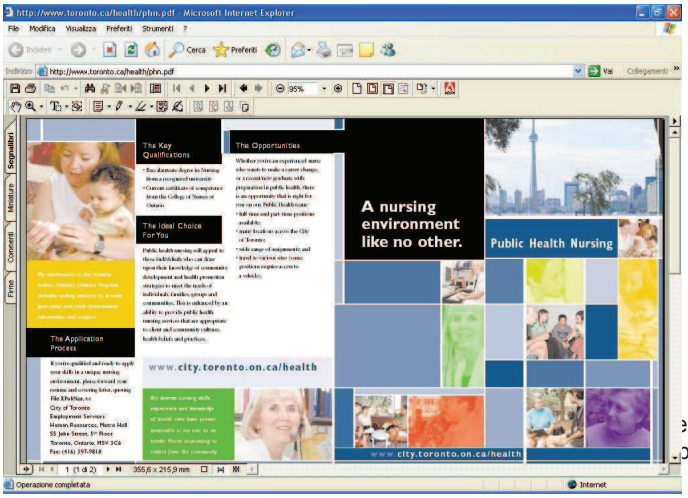
Progettazione di **percorsi di educazione alla salute** e di interventi per la **prevenzione** e la **promozione della qualità della vita**.

Partecipa alla **formazione** del personale infermieristico e di supporto ai fini dell'inserimento e dello sviluppo di competenze specifiche nella comunità/famiglia e nella **realizzazione di programmi di ricerca** finalizzati allo sviluppo delle buone pratiche.

L'Infermiere 4/2007


APHA: The Role of Public Health Nurses - Microsoft Internet Explorer
American Public Health Association
Member Groups & State Affiliates
The Role of Public Health Nurses
Public health nurses integrate community involvement and knowledge about the entire population with personal, clinical understandings of the health and illness experiences of individuals and families within the population. They translate and articulate the health and illness experiences of diverse, often vulnerable individuals and families in the population to health planners and policy makers, and assist members of the community to voice their problems and aspirations. Public health nurses are knowledgeable about multiple strategies for intervention, from those applicable to the entire population, to those for the family, and the individual. Public health nurses translate knowledge from the health and social sciences to individuals and population groups through targeted interventions, programs, and advocacy.
Public health nursing may be practiced by one public health nurse or by a group of public health nurses working collaboratively. In both instances, public health nurses are directly engaged in the inter-disciplinary activities of the core public health functions of assessment, assurance and policy development. Interventions or strategies may be targeted to multiple levels depending on where the most effective outcomes are possible. They include strategies aimed at entire population groups, families, or individuals. In any setting, the role of public health nurses focuses on the prevention


Public health nurses-Information from CitizensInformation.ie - Microsoft Internet Explorer
Citizens Information
Public Service Information
Provided by the Citizens Information Board
Public health nurses
Information
Public health nurses in Ireland are employed by Health Service Executive (HSE) to provide a range of health care services in the community. They are usually based in your local health centre and are assigned to cover specific geographical areas. They provide services in schools, in health centres, in day care and other community centres and in people's homes.
Public health nursing teams provide basic nursing care as well as advice and assistance to their patients. They provide planned essential weekend nursing and, in some cases, twilight nursing (this is the service for terminally ill patients). Public health nurses also act as an important point of access for other community care services.
Public health nurses and community registered general nurses liaise with family doctors (GPs), practice nurses, hospitals, hospices and other health service providers to ensure that the needs of the patient are met by the overall health service.
Public health nurses sometimes visit new-born infants and their mothers in their homes and are also involved in the arrangement of school health services. In some areas, public health nurses keep a register of older people and visit


http://www.toronto.ca/health/phn.pdf - Microsoft Internet Explorer
The Key Qualifications
The Opportunities
The Ideal Choice For You
The Application Process
A nursing environment like no other.
Public Health Nursing
www.city.toronto.on.ca/health

NHS Recruitment - Nurses & Midwives - Public Health Nurse - Microsoft Internet Explorer
Careers and Opportunities in NHS Scotland
Public Health Nurse
Public Health Nurses have previously been known as Health Visitors. The reason for the name change is to reflect the changing role of the health visitor.
A Public Health Nurse is a key member of the primary healthcare team. Their job is to promote health and tackle inequality across all age groups. Public Health Nurses help well people to stay well, and ill people to come to terms with their illness.
The Public Health Nurse is a registered Nurse with special training in the assessment of the health needs of individuals, families and the community. Employment opportunities vary from reactive work with parenting as its focus, to more proactive work as part of a team of health workers.
One of the main responsibilities of a Public Health Nurse is to check the development of babies through regular visits and clinic sessions. They have links with parents before and after the birth, but the main involvement occurs after the first 28 days of the baby's life. This is when the Public Health Nurse takes over from the Midwife. Public Health Nurses advise on normal child development, feeding, safety, and how to play with and stimulate a child.
Public Health Nurses are also involved in running clinics and classes: Child Health Clinics, Well Baby Clinics, antenatal and postnatal classes. These can be attached to a GP's surgery or can be separate health clinics.
A lot of the work of the Public Health Nurse is based in the community, visiting people (including older people and those with disabilities) in their own homes. It involves advising on health matters or managing complex situations like child abuse. They liaise with other organisations such as the Housing Department, Social Services and Citizens' Advice Bureaux.
Vacancies
Financial Support

In Irlanda

Dove lavora?

- Servizi territoriali
- Scuole
- Centri sanitari territoriali
- Domicilio degli assistiti

Quali sono le attività svolte?

- Assistenza infermieristica di base
- Cure palliative
- Raccordo tra i medici di medicina generale, gli ospedali, gli hospices e gli altri servizi sanitari
- Assistenza alla puerpera e alla salute del neonato e del bambino.
- Assistenza agli anziani e ai disabili che risiedono al proprio domicilio

Di quali pazienti si occupa?

- **Anziani** che risiedono al domicilio
- Persone con **patologie acute, croniche** o **pazienti terminali,** residenti a casa
- **Bambini**, dalla nascita alla età evolutiva
- **Gravide e puerpere**
- **Disabili**
- Gruppi di persone che vivono situazioni di **disagio sociale**
- **Viaggiatori**
- Persone che hanno contratto **l'epatite C** direttamente o indirettamente come conseguenza dell'uso di Immunoglobuline umane o da emoderivati o emocomponenti.

•http://www.citizensinformation.ie/categories/health/care-in-your-community/public_health_nurses

Negli USA il **Public Health Nurse** (PHN)

- È un Infermiere con una specifica formazione nell'ambito della salute di comunità. Il suo mandato riguarda il supporto ai cittadini ed alle famiglie rispetto ai **problemi di salute**, alla **genitorialità** ed agli **stili di vita.**
- Le aree di intervento sono:
  - La gravidanza e la nascita
  - La cura del neonato ed il sostegno al peuperio
  - La crescita e lo sviluppo del bambino
  - La salute ed il benessere
  - Gli specifici problemi sanitari
  - La salute emotiva, sessuale e riproduttiva.

In Nuova Zelanda il **Public Health Nurse**

- Realizza **educazione sanitaria** ed attività finalizzate alla promozione, valutazione e prevenzione delle malattie nelle **scuole e nelle comunità.**

Il Public Health Nurse in Australia

- Lavora in contesti metropolitani, rurali ed in aree remote con caratteristiche etniche e culturali diversificate.
- Lavora con le **famiglie ed i bambini** in età scolare ed adolescenti, con persone svantaggiate da un punto di vista sociale e sanitario, sia adulte che anziane.
- Si occupa della salute degli **Aborigeni, dei migranti e dei rifugiati**, delle problematiche relative allo **sviluppo ed all'immunizzazione** dei bambini
- Opera un supporto all'esercizio della **genitorialità**, mediante interventi finalizzati alla educazione ed all'empowerment.

Qual è l'attività dell'Infermiere di Sanità Pubblica?

- " L'obiettivo di tale pratica è quello di realizzare un servizio pubblico volto a orientare persone, famiglie, gruppi e comunità verso attività di promozione della salute e prevenzione della malattia. […]."

Tartaglini, 2006

I destinatari

- L'attenzione infermieristica è rivolta alle **categorie di utenza più deboli** rappresentate da *emarginati, persone con handicap, poveri, malati cronici* e tutte le persone che per le particolari condizioni di deprivazione a livello fisico, psicosociale, economico e spirituale sono più esposte alle malattie, alla sofferenza a situazioni di totale abbandono."

Tartaglini, 2006

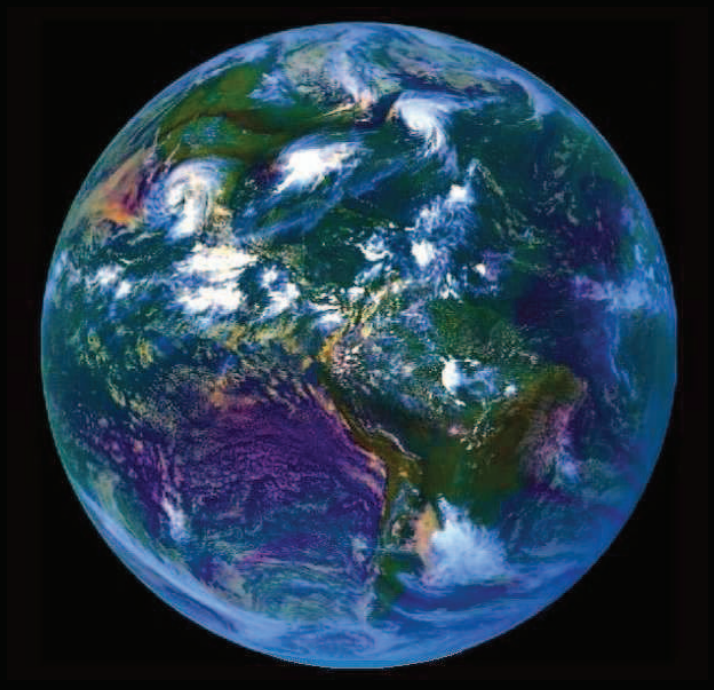
Attività dell'Infermiere di Sanità Pubblica

- *Gestione della cronicità* (neoplasie, diabete, patologie cardiovascolari, demenze, disturbi psichiatrici, esiti di traumi, handicap)
- Trattamenti assistenziali legati alla *gestione di presidi/trattamenti* (stomie, protesi, dialisi, terapie del dolore, nutrizione artificiali, …)
- Cure *post-dimissione* ospedaliera
- Assistenza in ambito *materno-infantile*
- *Riabilitazione* per tossicodipendenze, alcolismo
- *Tutela ambientale*
- *Prevenzione* nei luoghi di vita e di lavoro
- Attivazione e sostegno a *gruppi di auto-aiuto*
- …

Ambiti di intervento

- Domicilio dei pazienti
- Servizi distrettuali
- Scuole e luoghi di lavoro
- Residenze, comunità e case alloggio
- Strutture mobili dedicate ad attività di prevenzione e di assistenza
- Ogni altro ente o istituto che abbiano attinenza con le attività dell'infermieristica comunitaria.

Conclusioni



Efficacia dell'Infermiere di Sanità Pubblica

Evidence Based Public Health

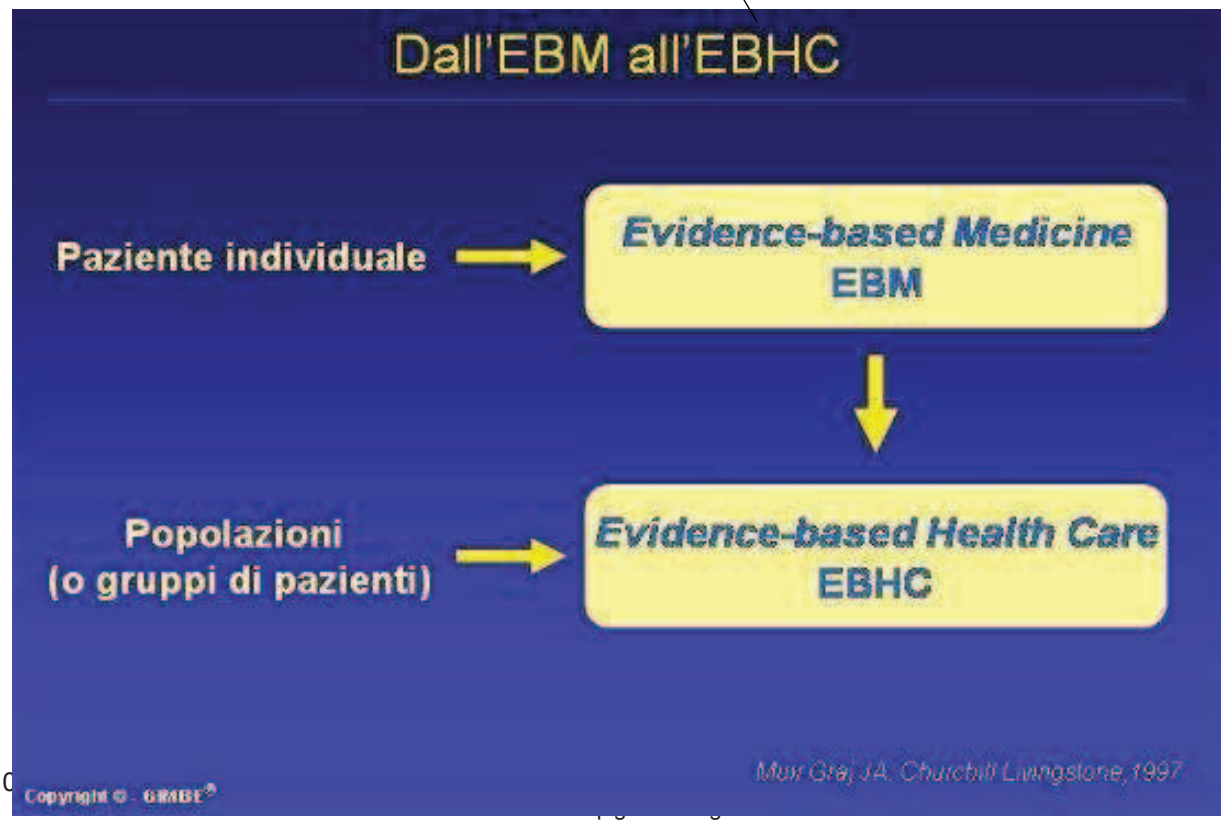
- Il processo di trovare, valutare ed usare sistematicamente gli attuali risultati della ricerca come base per le decisioni nella salute pubblica”

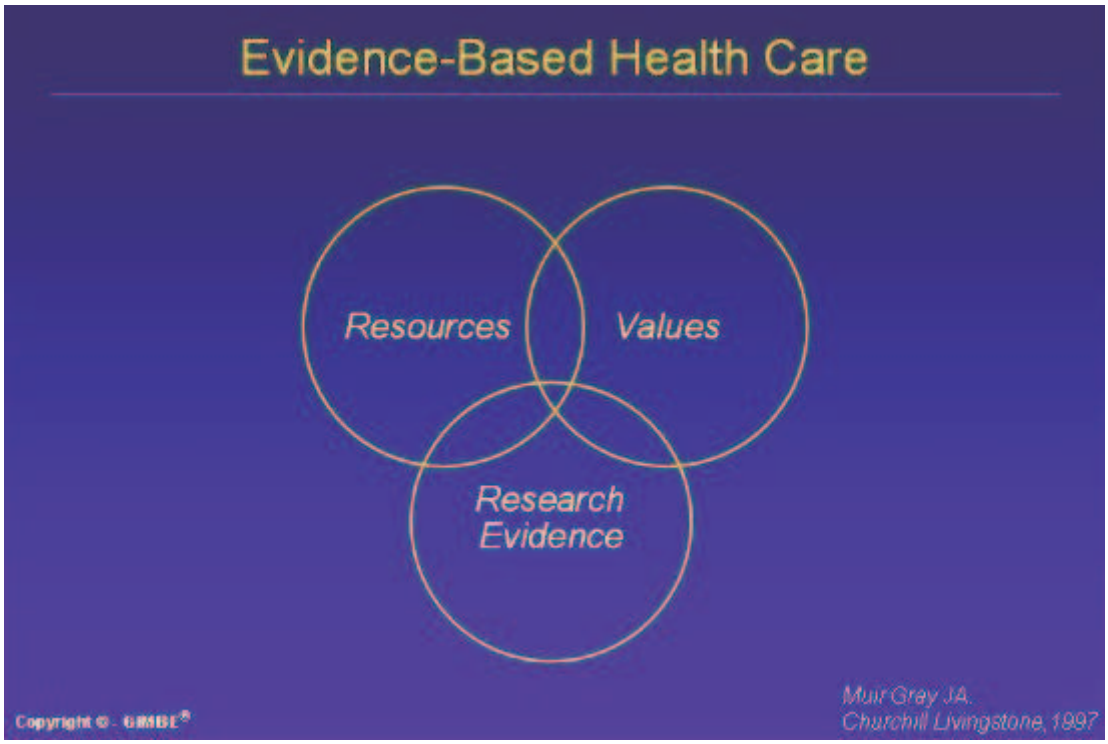
Jenicek M, 1997

Perché?

- L'utilizzo di interventi che non hanno dimostrata efficacia rappresenta uno **spreco** in termini economici ed impedisce il ricorso ad interventi alternativi.
- I migliori interventi sono quelli che hanno maggiori possibilità di raggiungere un risultato.

Evidence Based Health Care

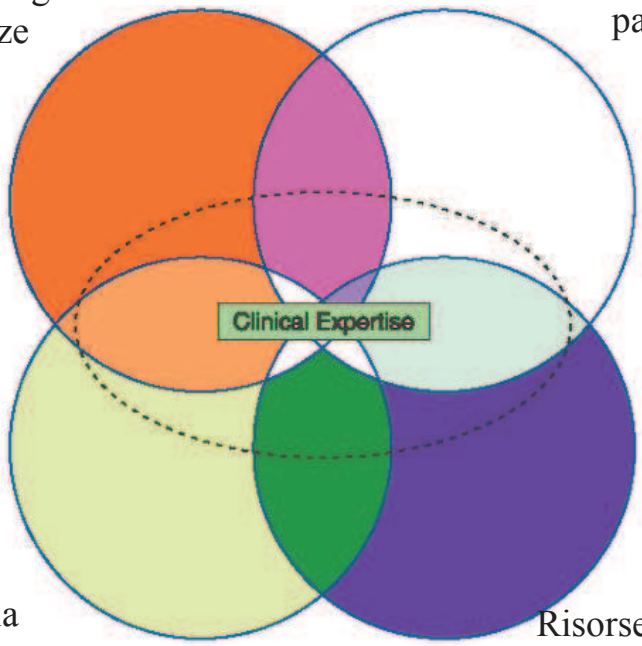



Evidence-Based Health Care
Resources
Values
Research Evidence
Muir Gray JA.
Churchill Livingstone, 1997
Copyright © - GIMBE®

MODELLO PER LE DECISIONI CLINICHE BASATE SULLE EVIDENZE

Condizioni cliniche, setting e circostanze

Preferenze ed azioni del paziente



Modificato da Haynes RB et al ACP J Club. 2002; 136:A11-14.

Evidenze della ricerca

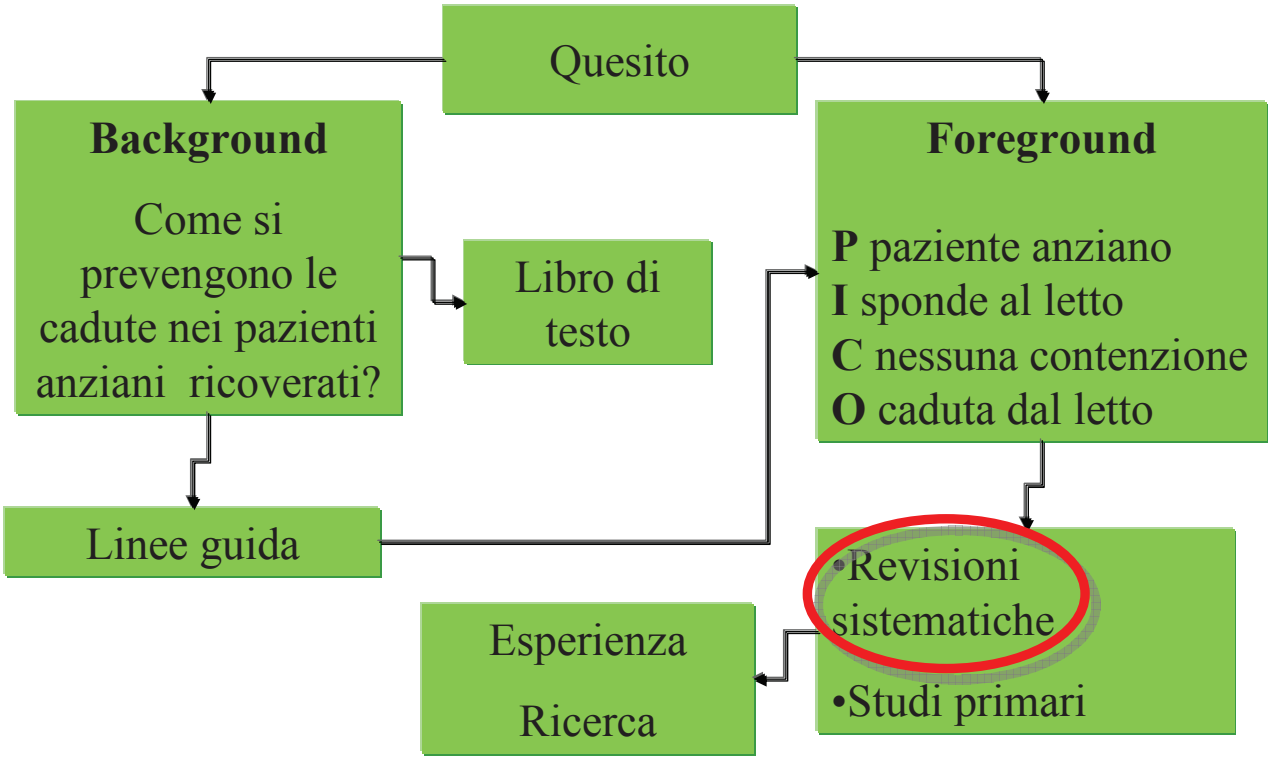
Risorse sanitarie

Due possibili approcci

- L'inserimento dell'Infermiere nell'ambito della sanità pubblica migliora la salute della popolazione?

- Quali sono gli interventi compiuti dall'Infermiere di Sanità Pubblica di documentata efficacia?

MAPPA DELLA RICERCA



Piramide delle evidenze

L'inserimento dell'Infermiere nell'ambito della sanità pubblica migliora la salute della popolazione?

Elliott L, Crombie IK, Irvine L, Cantrell J, Taylor J. (2001) *The effectiveness of public health nursing: A review of systematic reviews.* The Stationary Office, Edinburgh.

Obiettivo: Revisione della letteratura scientifica internazionale riguardante il ruolo ed i ruoli potenziali degli infermieri nel miglioramento della salute pubblica in relazione a 14 problemi prioritari di salute.

Necessità di identificare i pazienti/setting, gli interventi, gli outcome.

Focus della revisione

Table 1 Health topics included in the review

The major health priorities
1. Coronary heart disease
2. Cancers
3. Accident prevention
4. Mental health
5. Inequalities in health
Client groups where nurses have a major input
6. Child and adolescent health
7. Maternal health
8. Care of the elderly
Lifestyles important to public health
9. Smoking
10. Alcohol abuse
11. Illicit drug use
12. Diet
13. Physical activity
14. Sexual health

Outcome

- Aumento delle conoscenze:
  - Conoscenza dell'ipertensione negli adulti
  - Conoscenze rispetto ad una alimentazione sana nei bambini in età scolare
  - Conoscenze relative alle malattie a trasmissione sessuale e uso del preservativo
- Modifica del comportamento:
  - Aumentare l'uso del preservativo nelle coppie con un partner sieropositivo
  - Rafforzare le abilità di coping nei bambini
  - Cessazione del fumo nelle gravide
- Miglioramento della salute:
  - Riduzione della colesterolemia
  - Riduzione delle lesioni da trauma nei bambini
  - Riduzione delle cadute degli anziani

Studi identificati

Table 2 Primary papers: total number* of abstracts identified and those assessed as relevant

	EMBASE		MEDLINE		CINAHL		PsychLit	
Topic	Identified	Relevant	Identified	Relevant	Identified	Relevant	Identified	Relevant
Coronary heart disease	75	25	136	11	70	5	37	8
Cancer	66	8	235	27	161	15	73	2
Mental health	94	20	336	34	279	9	373	19
Accidents	74	24	86	11	55	8	11	1
Child health	130	32	217	51	51	10	235	25
Maternal health	54	17	331	37	79	17	88	27
Care of the elderly	196	57	404	26	161	12	449	12
Smoking	149	54	34	18	51	12	28	14
Alcohol abuse	10	1	30	5	96	6	34	9
Diet	66	18	66	12	33	3	28	7
Illicit drug use	46	15	31	3	76	4	71	6
Physical activity	52	14	79	8	27	5	44	2
Sexual health	25	33	233	12	180	17	35	6
Inequalities in health	97	22	61	14	111	11	32	5

*The total number of papers thought relevant exceeds that stated in text because some papers cover more than one health topic.

Studi inclusi nella revisione

Table 3 The number of reviews included and rejected by health topic

Health topic	Number included	Number rejected	Total*
Coronary heart disease	20	14	34
Cancer	8	16	24
Mental health	9	8	17
Accidents	8	2	10
Child health	49	21	70
Maternal health	27	3	30
Care of the elderly	11	10	21
Smoking	18	7	25
Alcohol abuse	3	5	8
Illicit drug use	7	12	19
Diet	9	7	16
Physical activity	8	1	9
Sexual health	8	5	13
Inequalities	0	2	2
General	13	20	33

*The total number of reviews is greater than 301 because some cover more than one health topic.

L'Infermiere di Sanità Pubblica migliora gli esiti se:

- Effettua interventi di insegnamento interattivo, mentre non funziona il passaggio passivo delle informazioni
- Si realizzano modifiche ambientali
- Gli interventi sono costruiti sulla base di teorie, dato che devono essere fortemente strutturati
- Svolgono interventi rivolti a gruppi ad alto rischio
- Svolgono interventi a lungo termine e ripetuti

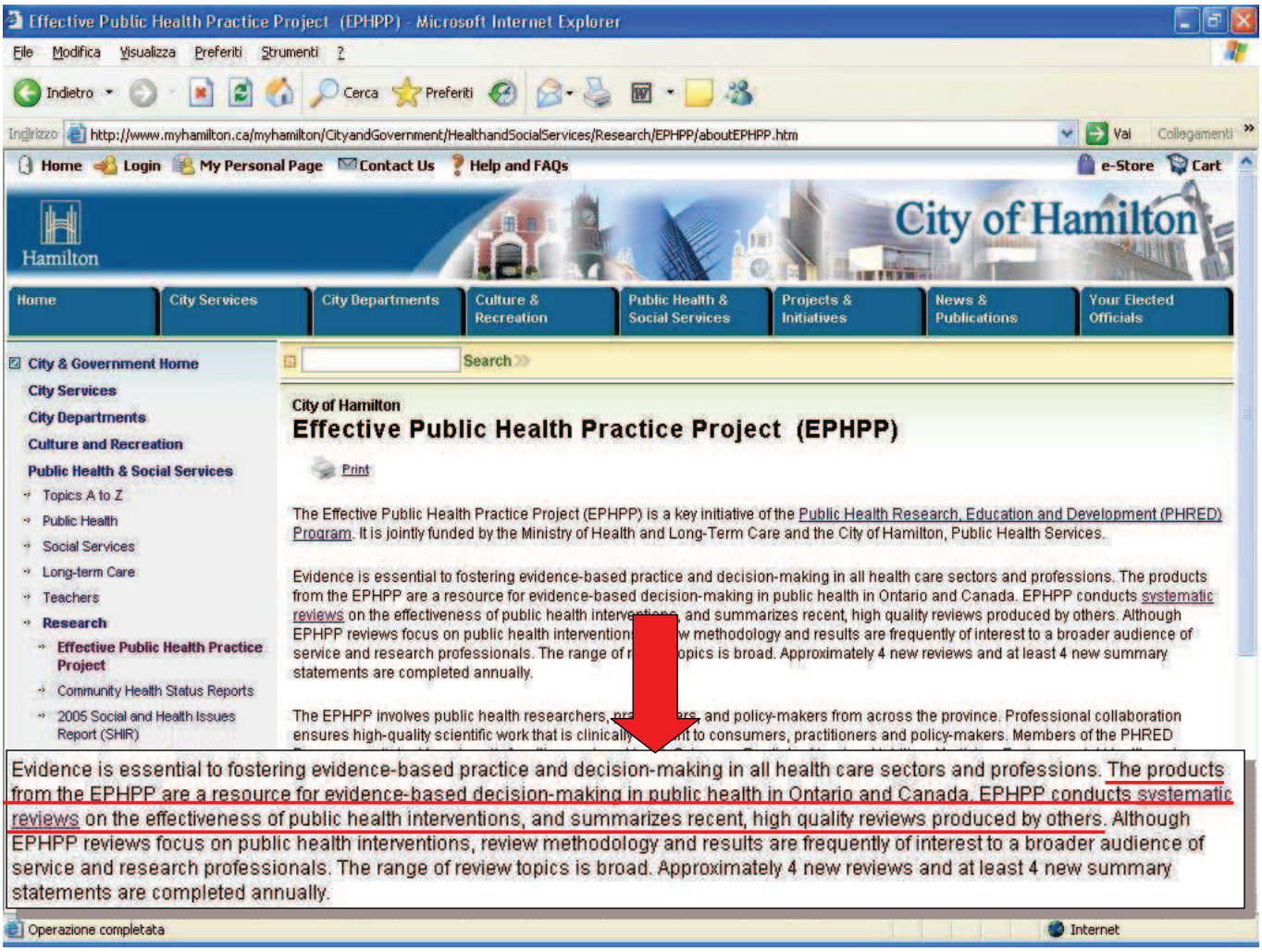
L'Infermiere di Sanità Pubblica NON migliora gli esiti se:

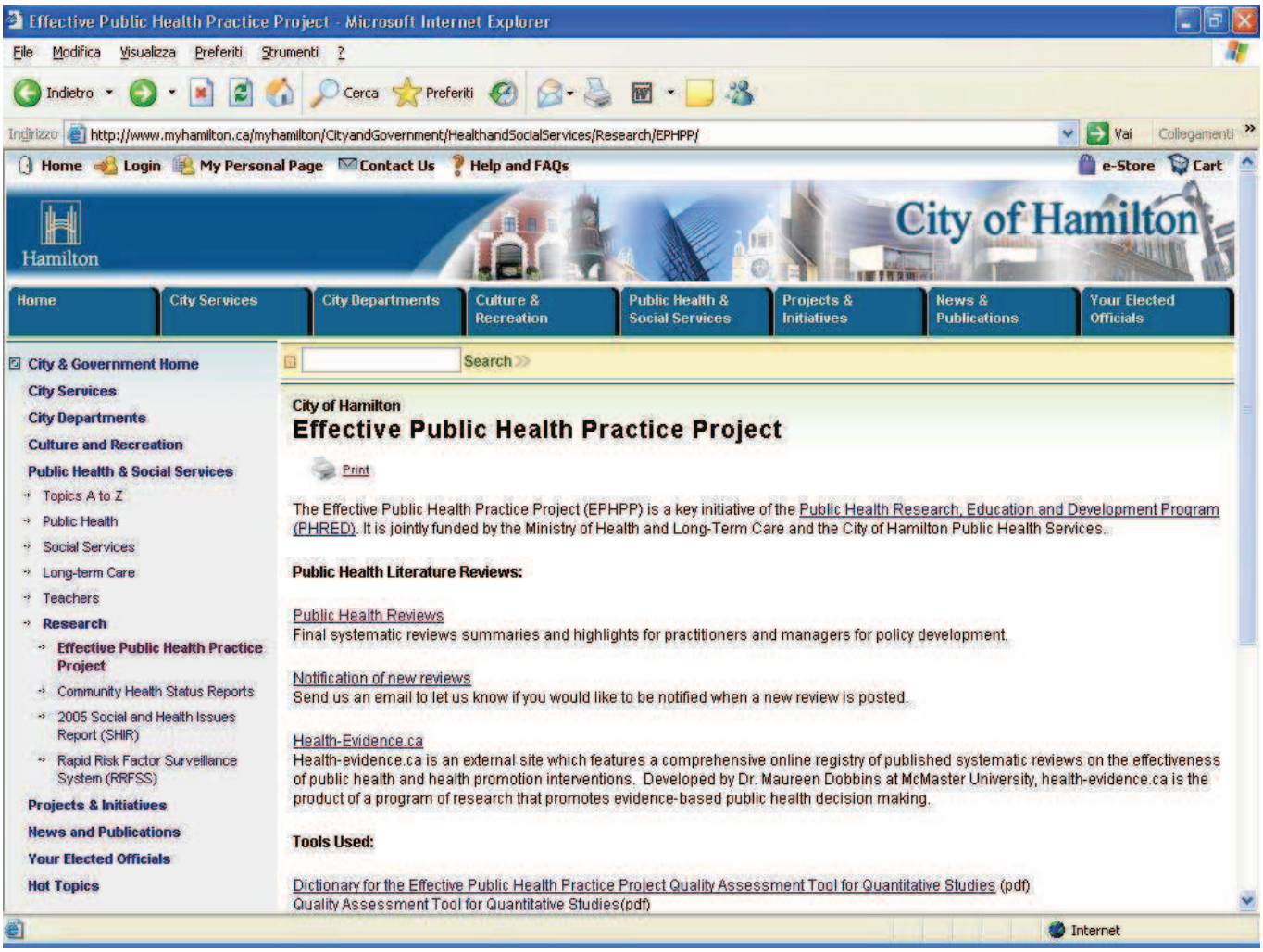
- Effettua una informazione passiva
- Realizza interventi non strutturati, senza obiettivi definiti e raggiungibili, senza una teoria di riferimento
- Promuove la proibizione dei comportamenti anziché la loro pratica sicura

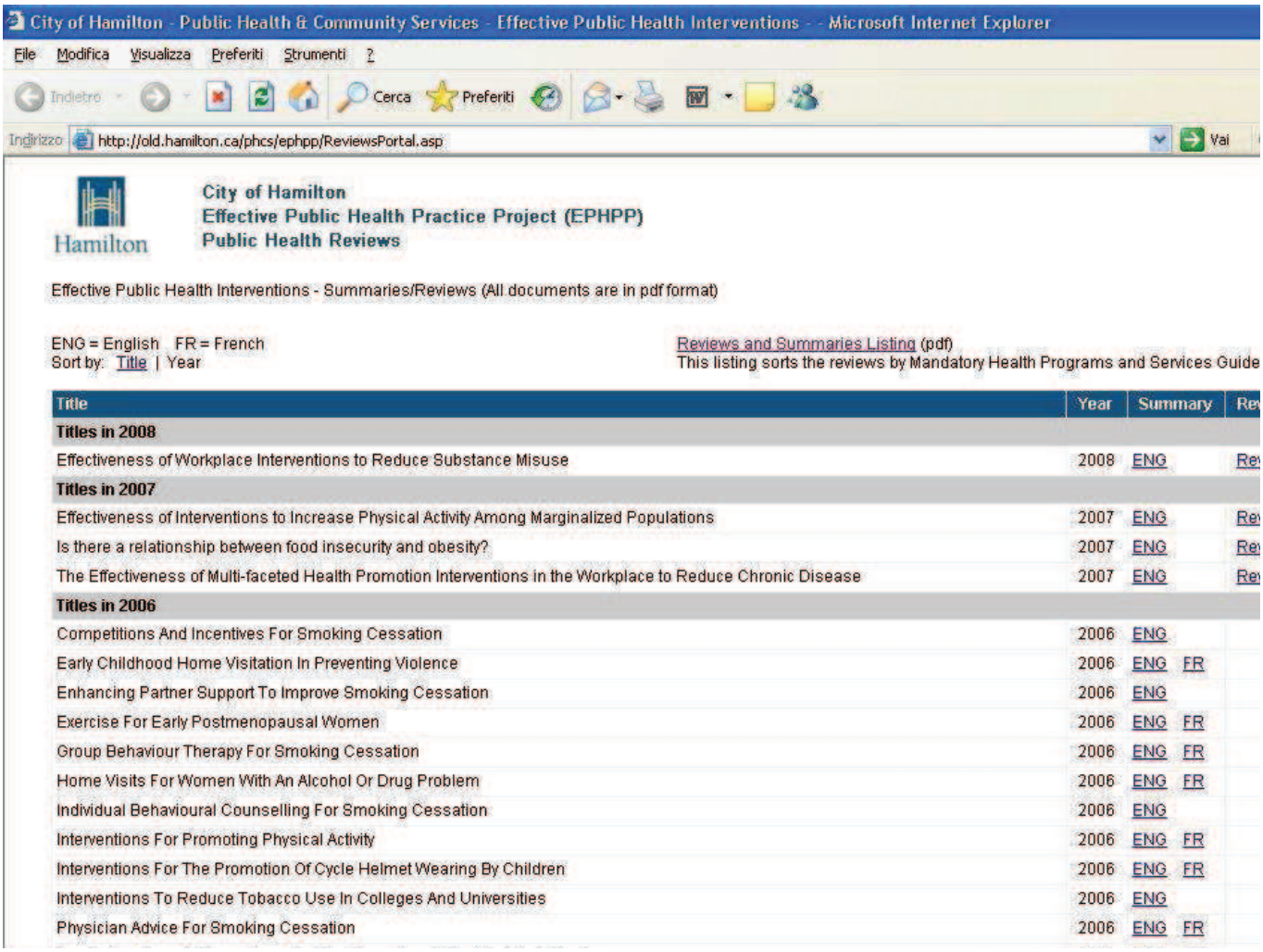
Quali sono gli interventi compiuti dal PHN di documentata efficacia?

Thomas BH, D. Ciliska D, Dobbins M, Micucci, BA, A Process for Systematically Reviewing the Literature: Providing the Research Evidence for Public Health Nursing Interventions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing 2004; 1(3):176–184.*

Obiettivo: Revisione della letteratura scientifica internazionale al fine di individuare le evidenze scientifiche per guidare e supportare l'Ontario Ministry of Health nella definizione dei requisiti minimi per i servizl Sanitari pubblici a livello locale.

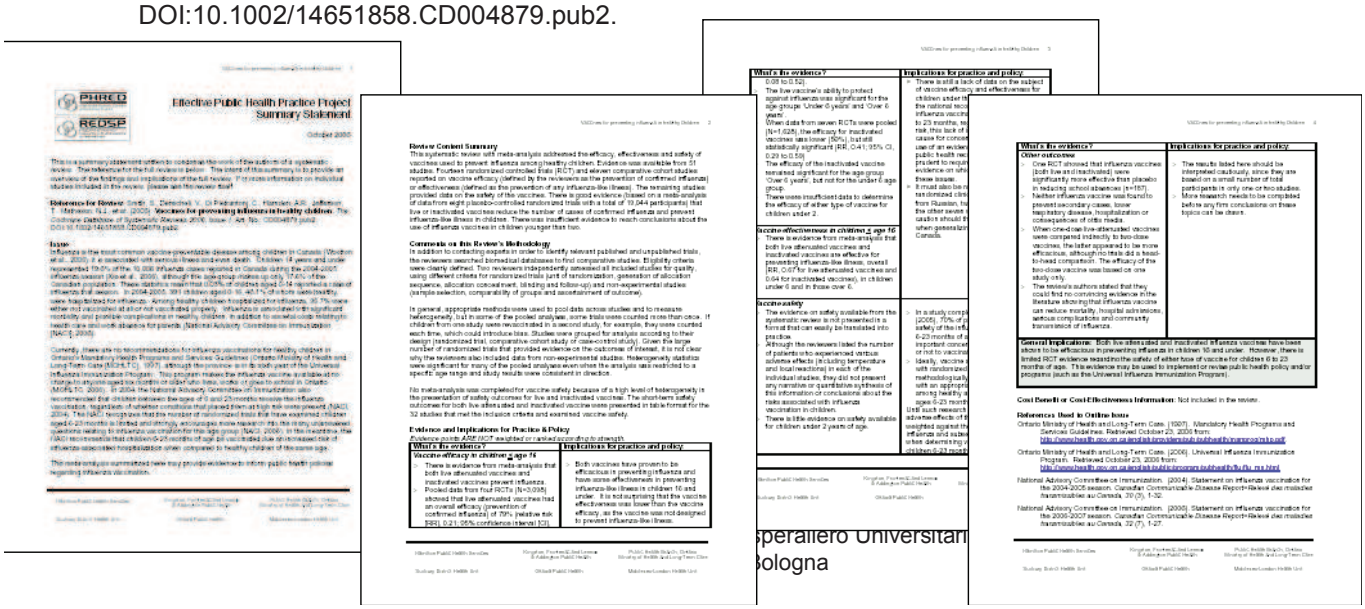

Effective Public Health Practice Project (EPHPP) - Microsoft Internet Explorer
File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?
Indietro Cerca Preferiti
Indirizzo http://www.myhamilton.ca/myhamilton/CityandGovernment/HealthandSocialServices/Research/EPHPP/aboutEPHPP.htm
Vai Collegamenti
Home Login My Personal Page Contact Us Help and FAQs
e-Store Cart
Hamilton
City of Hamilton
Home
City Services
City Departments
Culture & Recreation
Public Health & Social Services
Projects & Initiatives
News & Publications
Your Elected Officials
City & Government Home
City Services
City Departments
Culture and Recreation
Public Health & Social Services
Topics A to Z
Public Health
Social Services
Long-term Care
Teachers
Research
Effective Public Health Practice Project
Community Health Status Reports
2005 Social and Health Issues Report (SHIR)
Search
City of Hamilton
Effective Public Health Practice Project (EPHPP)
Print
The Effective Public Health Practice Project (EPHPP) is a key initiative of the Public Health Research, Education and Development (PHRED) Program. It is jointly funded by the Ministry of Health and Long-Term Care and the City of Hamilton, Public Health Services.
Evidence is essential to fostering evidence-based practice and decision-making in all health care sectors and professions. The products from the EPHPP are a resource for evidence-based decision-making in public health in Ontario and Canada. EPHPP conducts systematic reviews on the effectiveness of public health interventions, and summarizes recent, high quality reviews produced by others. Although EPHPP reviews focus on public health intervention
w methodology and results are frequently of interest to a broader audience of service and research professionals. The range of r
opics is broad. Approximately 4 new reviews and at least 4 new summary statements are completed annually.
The EPHPP involves public health researchers, pr
ers, and policy-makers from across the province. Professional collaboration ensures high-quality scientific work that is clinically
nt to consumers, practitioners and policy-makers. Members of the PHRED
Evidence is essential to fostering evidence-based practice and decision-making in all health care sectors and professions. The products from the EPHPP are a resource for evidence-based decision-making in public health in Ontario and Canada. EPHPP conducts systematic reviews on the effectiveness of public health interventions, and summarizes recent, high quality reviews produced by others. Although EPHPP reviews focus on public health interventions, review methodology and results are frequently of interest to a broader audience of service and research professionals. The range of review topics is broad. Approximately 4 new reviews and at least 4 new summary statements are completed annually.
Operazione completata
Internet


Effective Public Health Practice Project - Microsoft Internet Explorer
File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?
Indietro Cerca Preferiti
Indirizzo http://www.myhamilton.ca/myhamilton/CityandGovernment/HealthandSocialServices/Research/EPHPP/
Vai Collegamenti
Home Login My Personal Page Contact Us Help and FAQs
e-Store Cart
Hamilton
City of Hamilton
Home
City Services
City Departments
Culture & Recreation
Public Health & Social Services
Projects & Initiatives
News & Publications
Your Elected Officials
City & Government Home
City Services
City Departments
Culture and Recreation
Public Health & Social Services
Topics A to Z
Public Health
Social Services
Long-term Care
Teachers
Research
Effective Public Health Practice Project
Community Health Status Reports
2005 Social and Health Issues Report (SHIR)
Rapid Risk Factor Surveillance System (RRFSS)
Projects & Initiatives
News and Publications
Your Elected Officials
Hot Topics
Search
City of Hamilton
Effective Public Health Practice Project
Print
The Effective Public Health Practice Project (EPHPP) is a key initiative of the Public Health Research, Education and Development Program (PHRED). It is jointly funded by the Ministry of Health and Long-Term Care and the City of Hamilton Public Health Services.
Public Health Literature Reviews:
Public Health Reviews
Final systematic reviews summaries and highlights for practitioners and managers for policy development.
Notification of new reviews
Send us an email to let us know if you would like to be notified when a new review is posted.
Health-Evidence.ca
Health-evidence.ca is an external site which features a comprehensive online registry of published systematic reviews on the effectiveness of public health and health promotion interventions. Developed by Dr. Maureen Dobbins at McMaster University, health-evidence.ca is the product of a program of research that promotes evidence-based public health decision making.
Tools Used:
Dictionary for the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool for Quantitative Studies (pdf)
Quality Assessment Tool for Quantitative Studies(pdf)
Internet


City of Hamilton - Public Health & Community Services - Effective Public Health Interventions - - Microsoft Internet Explorer
File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?
Indietro
Cerca
Preferiti
Indirizzo
http://old.hamilton.ca/phcs/ephpp/ReviewsPortal.asp
Vai
Hamilton
City of Hamilton
Effective Public Health Practice Project (EPHPP)
Public Health Reviews
Effective Public Health Interventions - Summaries/Reviews (All documents are in pdf format)
ENG = English FR = French
Sort by: Title | Year
Reviews and Summaries Listing (pdf)
This listing sorts the reviews by Mandatory Health Programs and Services Guide
Title
Year
Summary
Titles in 2008
Effectiveness of Workplace Interventions to Reduce Substance Misuse 2008 ENG
Titles in 2007
Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity Among Marginalized Populations 2007 ENG
Is there a relationship between food insecurity and obesity? 2007 ENG
The Effectiveness of Multi-faceted Health Promotion Interventions in the Workplace to Reduce Chronic Disease 2007 ENG
Titles in 2006
Competitions And Incentives For Smoking Cessation 2006 ENG
Early Childhood Home Visitation In Preventing Violence 2006 ENG FR
Enhancing Partner Support To Improve Smoking Cessation 2006 ENG
Exercise For Early Postmenopausal Women 2006 ENG FR
Group Behaviour Therapy For Smoking Cessation 2006 ENG FR
Home Visits For Women With An Alcohol Or Drug Problem 2006 ENG FR
Individual Behavioural Counselling For Smoking Cessation 2006 ENG
Interventions For Promoting Physical Activity 2006 ENG FR
Interventions For The Promotion Of Cycle Helmet Wearing By Children 2006 ENG FR
Interventions To Reduce Tobacco Use In Colleges And Universities 2006 ENG
Physician Advice For Smoking Cessation 2006 ENG FR

Alcuni esempi

- La vaccinazione per prevenire l'influenza nei bambini sani
  - Reference for Review: Smith, S., Demicheli, V., Di Pietrantonj, C., Harnden, A.R., Jefferson, T., Matheson, N.J., et al. (2006). Vaccines for preventing influenza in healthy children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1*. Art. No.: CD004879.pub2. DOI:10.1002/14651858.CD004879.pub2.

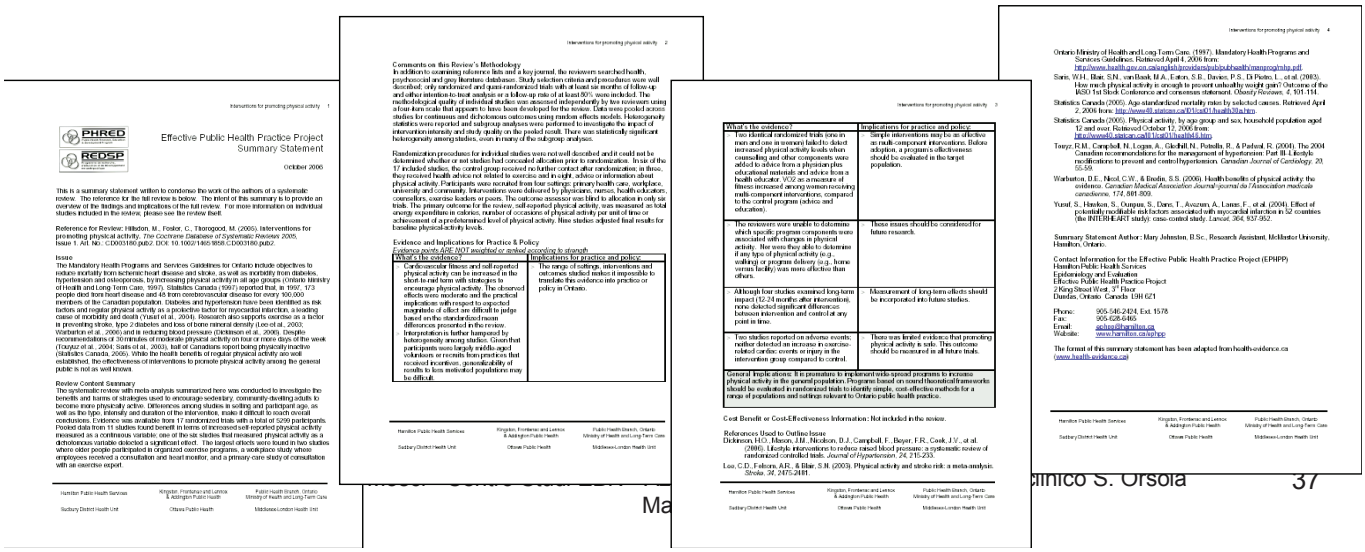


Estratto

- **General Implications:** Both live attenuated and inactivated influenza vaccines have been shown to be efficacious in preventing influenza in children 16 and under. However, there is limited RCT evidence regarding the safety of either type of vaccine for children 6 to 23 months of age. This evidence may be used to implement or revise public health policy and/or programs (such as the Universal Influenza Immunization Program).

Alcuni esempi

- Interventi per promuovere l'attività fisica
- Reference for Review: Hillsdon, M., Foster, C., Thorogood, M. (2005). Interventions for promoting physical activity. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, Issue 1. Art. No.: CD003180.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD003180.pub2.



Effective Public Health Practice Project
Summary Statement

October 2006

Interventions for promoting physical activity

Comments on this Review's Methodology

What's the evidence? | Implications for practice and policy

Evidence and Implications for Practice & Policy

Cost Benefit or Cost-Effectiveness Information : Not included in the review.

Ontario Ministry of Health and Long Term Care. (1997). Mandatory Health Programs and Services Guidelines. Retrieved April 4, 2006 from:

Sans, W.H., Blair, S.N., vanBaak, M.A., Eaton, S.B., Davies, P.S., Di Pietro, L., et al. (2003). How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. *Obesity Reviews, 4*, 101-114.

Statistics Canada (2005). Age-standardized mortality rates by selected causes. Retrieved April 2, 2006 from:

Statistics Canada (2005). Physical activity, by age group and sex, household population aged 12 and over. Retrieved October 12, 2006 from:

Tremyt, R.M., Campbell, N., Logan, A., Gilchrist, N., Petrella, R., & Parfrett, R. (2004). The 2004 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part III--Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. *Canadian Journal of Cardiology, 20*, 55-59.

Warburton, D.E., Nicol, C.W., & Bredin, S.S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal/journal de l'Association medicale canadienne, 174*, 801-809.

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet, 364*, 937-952.

Summary Statement Author: Mary Johnston, B.Sc., Research Assistant, McMaster University, Hamilton, Ontario.

Contact Information for the Effective Public Health Practice Project (EPHPP)
Hamilton Public Health Services
Epidemiology and Evaluation
Effective Public Health Practice Project
2 King Street West, 3rd Floor
Dundas, Ontario Canada L9H 6Z1

Phone: 905-546-2424, Ext. 1578
Fax: 905-628-6465
Email: ephpp@hamilton.ca
Website: www.hamilton.ca/ephpp

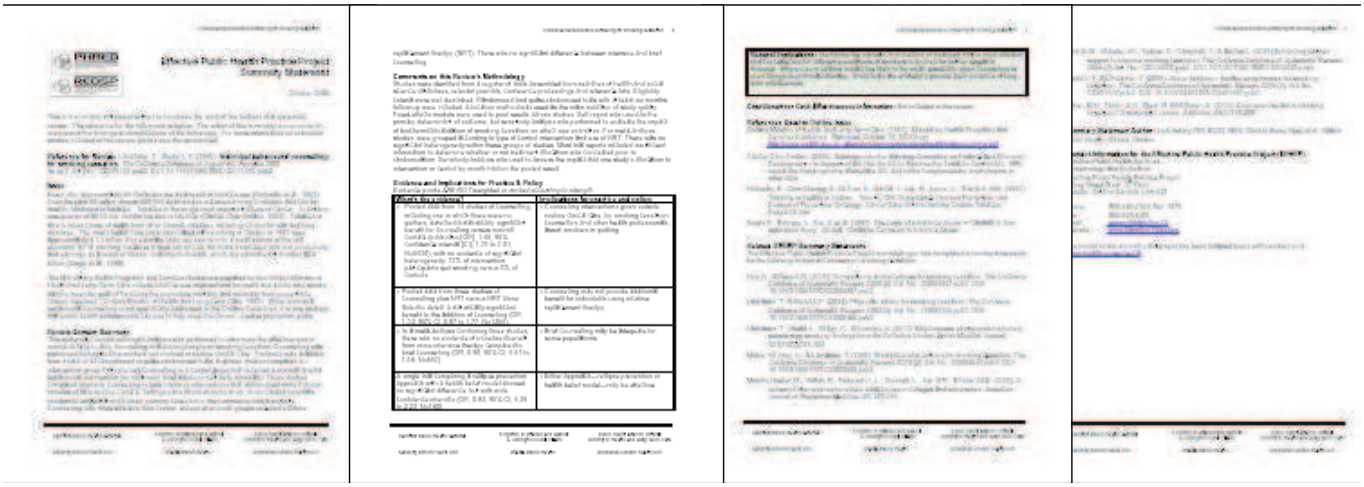
The format of this summary statement has been adapted from health-evidence.ca (www.health-evidence.ca)

Estratto

- **General Implications:** It is premature to implement wide-spread programs to increase physical activity in the general population. Programs based on sound theoretical frameworks should be evaluated in randomized trials to identify simple, cost-effective methods for a range of populations and settings relevant to Ontario public health practice.

Alcuni esempi

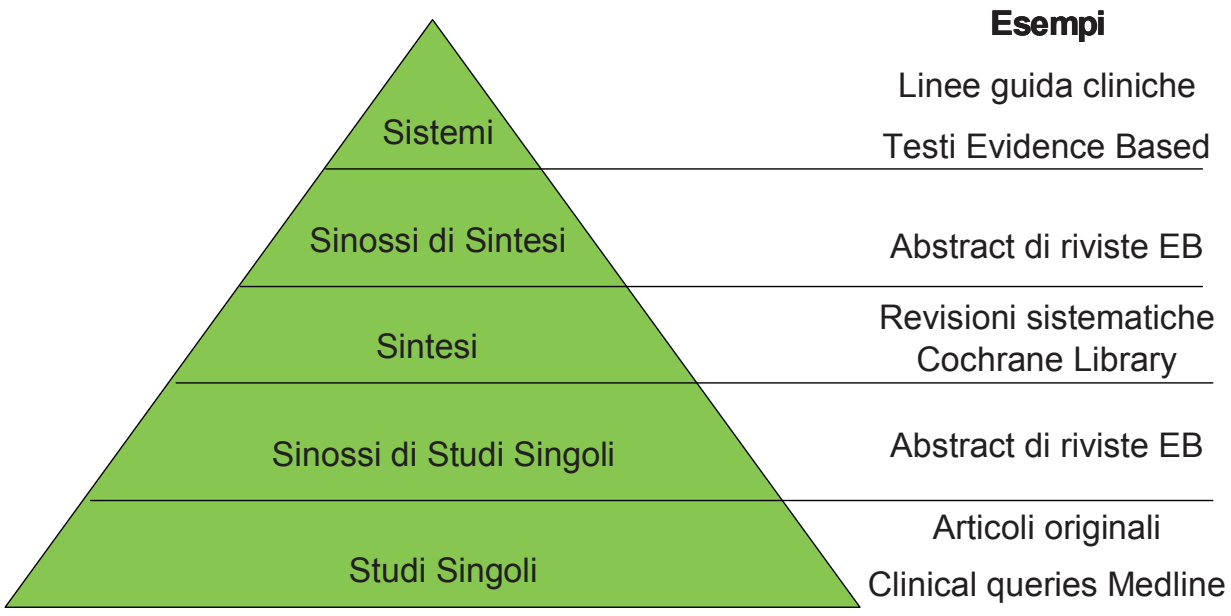
- Counselling comportamentale individuale per la cessazione del fumo
- Reference for Review: Lancaster, T., Stead, L.F. (2005). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, Issue 2. Art. No.: CD001292.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.



Estratto

- **General Implications:** Identifying the intensity and duration of treatment that is most effective and cost-effective for different populations of smokers is an area for further research. However, differences in relative impact are likely to be small, especially when counselling is used alongside pharmacotherapy. Small trials are unlikely to provide clear evidence of longterm effectiveness.

Gerarchia delle evidenze pre-processate



Di Censo A, 2007. Adattato da Haynes, 2001

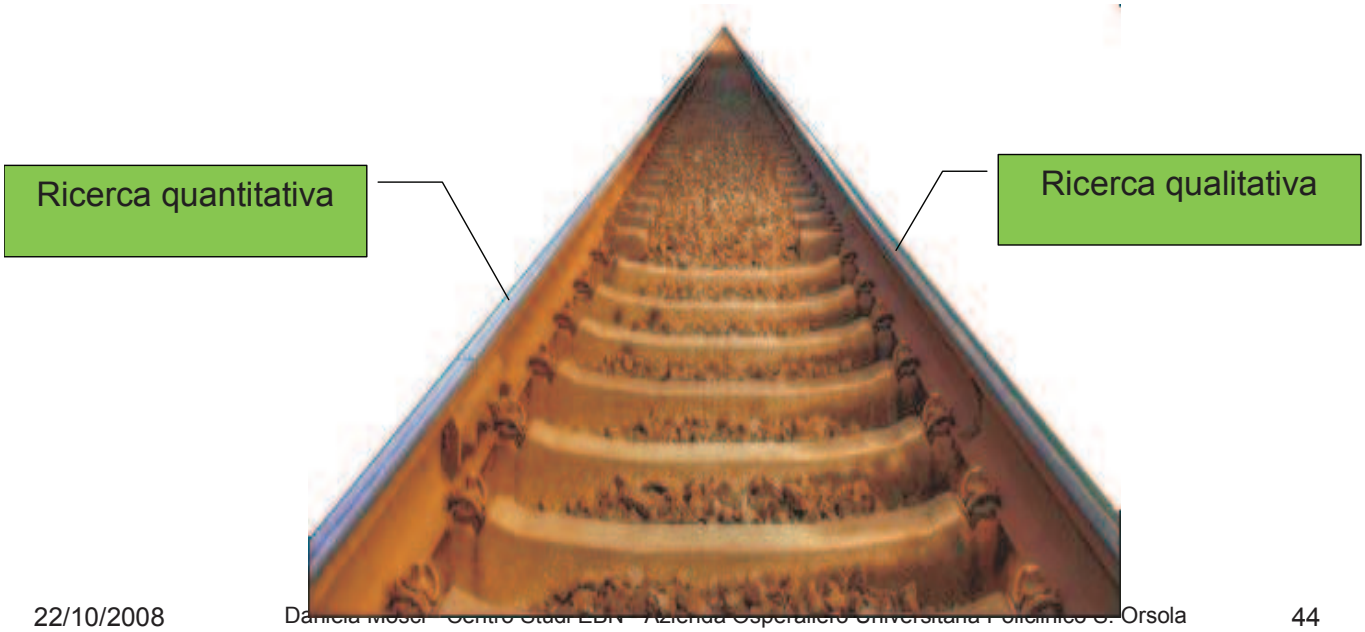
Esistono tematiche che rimangono inesplorate da queste fonti informative?

Sì

Quali sono i punti di vista, le preferenze ed i vissuti dei pazienti?

Perché un intervento funziona (o non funziona)?

Best Practice



Qualche esempio

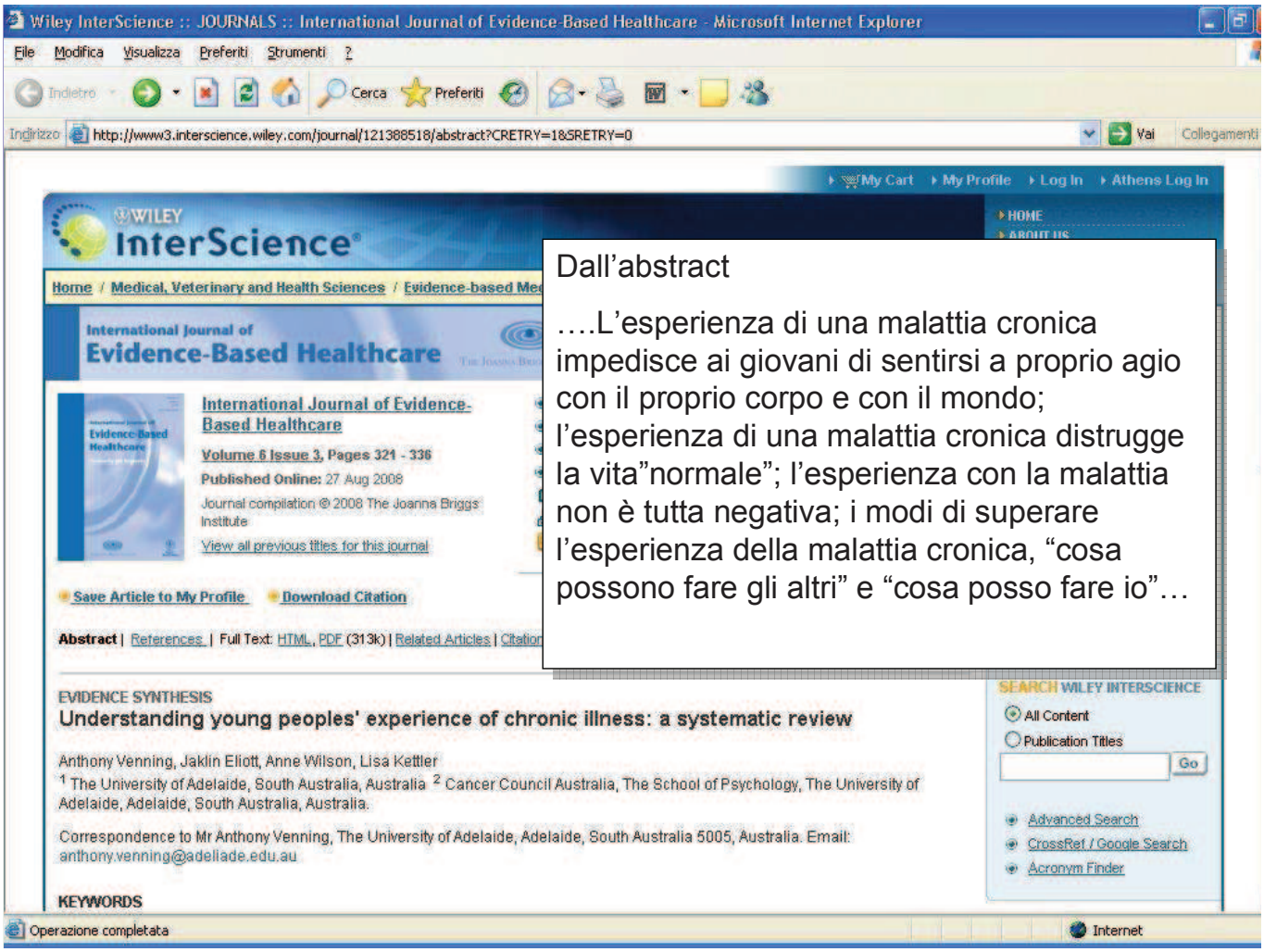
Research

Accepting and Adjusting: Older Women's Experiences of Living With Urinary Incontinence

Gunnel Andersson
Jan-Erik Johansson

Kerstin Nilsson
Eva Sahlberg-Blom

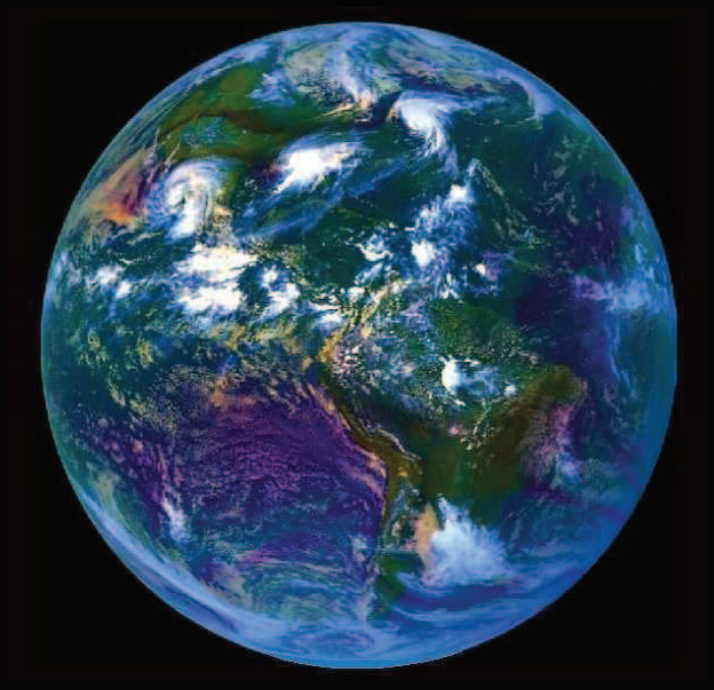
- … Diverse donne vedevano i servizi sanitari come una barriera da superare prima di ottenere aiuto. Tre le costituenti chiave emerse nell'analisi: "imparare a vivere nonostante queste difficoltà", "altre malattie sono più importanti" e "la riluttanza a cercare assistenza". Per queste donne l'essenza del fenomeno del vivere con l'incontinenza urinaria può essere descritta come "una situazione da accettare e verso cui adattarsi"….



Dall'abstract

….L'esperienza di una malattia cronica impedisce ai giovani di sentirsi a proprio agio con il proprio corpo e con il mondo; l'esperienza di una malattia cronica distrugge la vita"normale"; l'esperienza con la malattia non è tutta negativa; i modi di superare l'esperienza della malattia cronica, "cosa possono fare gli altri" e "cosa posso fare io"…

Conclusioni



Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

Aspetti giuridici delle diverse forme associative

con particolare riferimento agli Ordini professionali

Lic. jur. Stefano Radczuweit
Capo Ufficio di sanità

Giornata di studio SSS Cure Infermieristiche - ASI 21 ottobre 2008

Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

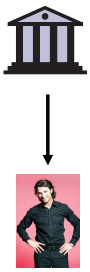
Alcune note introduttive

- La mia presentazione si focalizzerà sulle forme associative con riferimento alla domanda a sapere quali sono le differenze tra un'Associazione e un Ordine
- Le disposizioni relative alle forme associative variano da paese a paese e sono in parte assai diverse
- In Svizzera dobbiamo anzitutto distinguere tra diritto pubblico e diritto privato

Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

Diritto pubblico

- Disciplina le relazioni giuridiche tra lo Stato che rappresenta la comunità da una parte e il singolo cittadino dall'altra. Le norme del diritto pubblico sono **imperative**.



Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

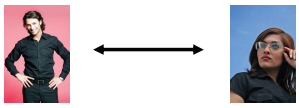
Diritto pubblico / Esempi

- Diritto costituzionale
- Diritto amministrativo
- Diritto penale
- Diritto della protezione ambientale
- Diritto delle assicurazioni sociali

Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

Diritto civile o privato

- Disciplina le relazioni giuridiche tra persone private.
- Le norme del diritto privato hanno di regola carattere **dispositivo** a cui è possibile derogare mediante contratto, eccezionalmente carattere imperativo.



Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

Diritto privato / Esempi

- Codice civile (CCS)
- Codice delle obbligazioni (CO)

Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

Tipologie di persone giuridiche

- Esistono quindi persone giuridiche di **diritto privato** e persone giuridiche di **diritto pubblico**

Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

Persone giuridiche di diritto privato

- Il legislatore svizzero ha deciso di mettere a disposizione del privato un numero **determinato** ed **esaustivo** di modelli di persone giuridiche

- Ciò significa che non è possibile "inventare" ulteriori tipi di persone giuridiche quali ad esempio un "Ordine professionale di diritto privato"

Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

Persone giuridiche di diritto privato

- Per queste persone il legislatore ha stabilito alcune caratteristiche fondamentali non modificabili
- Mentre gli altri aspetti possono essere liberamente concordati dai soci mediante gli Statuti

Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

Persone giuridiche di diritto privato

- Le persone giuridiche del diritto privato a carattere ideale sono disciplinate nel Codice civile (art. 60 segg) e sono:
  - L'Associazione
    - una corporazione di persone
  - La Fondazione
    - Beni destinati al conseguimento di un fine particolare

Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

Persone giuridiche di diritto privato

- Le persone giuridiche del diritto privato a scopo economico sono disciplinate nel Codice delle obbligazioni (concettualmente il 5. libro del Codice civile) e sono:
  - società in nome collettivo
  - società in accomandita
  - società anonima
  - società in accomandita per azioni
  - società a garanzia limitata
  - società cooperativa

Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

Persone giuridiche di diritto pubblico

- Le persone giuridiche di diritto pubblico devono essere istituite dal legislatore con una atto normativo ad hoc

Costituzione

- Le persone giuridiche di diritto privato vengono per principio costituite mediante iscrizione nel Registro di commercio
- Alcune di esse (in particolare l'associazione) anche solo mediante l'adozione degli Statuti da parte dei soci fondatori
  - Art. 52 Codice civile

Costituzione

- Le persone giuridiche di diritto pubblico devono invece giocoforza costituirsi tramite legge
  - Es. art. 30 Legge sanitaria

Costituzione

Art. 30 Legge sanitaria
Ordini e associazioni degli operatori sanitari

[1] Gli operatori sanitari possono riunirsi in Ordini e associazioni professionali.
[2] Sono in particolare istituiti i seguenti Ordini professionali quali corporazioni di diritto pubblico:
a) Ordine dei medici;
b) Ordine dei medici dentisti;
c) Ordine dei farmacisti;
d) Ordine dei medici veterinari.

Costituzione

- Ci si potrebbe quindi chiedere se gli infermieri potrebbero costituirsi in Ordine mediante una semplice modifica dei propri statuti societari, prevedendo la Legge sanitaria già la facoltà di costituirsi in Ordine
- Gli statuti dovrebbero in ogni caso essere approvati dal Consiglio di Stato (cfr. art. 22 cpv. 1 lett. e Legge sanitaria)

Compiti

- Una persona giuridica di diritto **privato** può definire in modo autonomo i propri scopi, ma è comunque vincolata a determinate regole codificate dal Codice civile o proprie del diritto civile:

Compiti

- Deve rispettare il diritto costituzionale della libertà d'associazione
  - Positiva – Diritto di aderire a un'associazione
  - Negativa – Diritto di **non** adesione
- Può disciplinare unicamente il funzionamento interno e non può vincolare i non membri né applicare le proprie regole a non membri
- Non può sanzionare i non membri
- Non vincola lo Stato

Compiti

- I compiti di una persona giuridica di diritto **pubblico** vengono invece definiti dalla legge che la istituisce
- Il legislatore può lasciare loro una certa autonomia, ad esempio a livello di norme deontologiche

Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

Compiti

- La gamma dei compiti può quindi essere più o meno importante e più o meno ampia
  - Autorizzazioni d'esercizio
  - Collaborazione nell'elaborazione di nuove normative di legge concernenti la categoria professionale
  - Elaborazione di norme deontologiche
  - Vigilanza sul rispetto delle norme di legge e deontologiche
  - Organizzazione di servizi di picchetto
  - Elaborazioni di preavvisi su temi di pertinenza per la categoria professionale

Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

Compiti

- **Art. 30**
- [3] Prima di modifiche di norme legislative o esecutive riguardanti il settore sanitario o dell'adozione di importanti provvedimenti di portata generale, è richiesto l'avviso degli Ordini e delle associazioni degli operatori sanitari interessati.
- **Art. 30a Compiti di interesse generale**
- [1]Gli Ordini previsti all'articolo precedente collaborano con lo Stato nella tutela della salute della popolazione e per l'esecuzione dei compiti previsti dalla legislazione sanitaria.
- [2]In particolare, gli Ordini dei medici, dei dentisti, dei farmacisti e dei veterinari organizzano il servizio sanitario di picchetto, segnatamente notturno e festivo.
- [3]Il Consiglio di Stato, tramite regolamento, delega agli Ordini altri compiti generali e particolari.

Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

Ordine vs. Associazione

- Cosa ha un Ordine che un'associazione non ha?
  - è un ente di diritto pubblico e non privato
  - a cui lo Stato delega mediante legge una gamma più o meno ampia di mansioni di ordine pubblico a tutela in primo luogo del paziente-cliente
  - La forza e importanza che un Ordine assume dipende quindi anche dall'ampiezza di questa delega

Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

Ordine vs. Associazione

Dal 1. settembre 2007 le 5 professioni mediche universitarie (medico, dentista, farmacista, veterinario, chiropratico) sono per buon parte disciplinate dal diritto federale (Legge federale sulle professioni mediche universitarie; LPMed).

Questa legge affida ai Cantoni tutti i compiti e molti di questi non possono essere delegati a Ordini professionali.

Per parallelismo delle forme questi limiti di riflettono pure sulle professioni ancora rette dalla Legge sanitaria cantonale

Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

Ordine vs. Associazione

- Può essere coattivo o meno
  - La coattività è una limitazione importante della libertà negativa d'associazione, per cui è proporzionale solo nella misura in cui i compiti che sono delegati all'Ordine sono importanti
  - La coattività può essere decisa solo dal legislatore
  - Su ricorso del dr. G. Noseda il Tribunale federale ha deciso nel 1990 che i compiti che la Legge sanitaria delega agli Ordini non sono sufficientemente importanti per giustificare la coattività dell'Ordine dei medici decisa dal legislatore nel 1989 (cfr. RDAT N. 21/II-1991)

Ordine vs. Associazione

- Nel contesto dell'attuale Legge sanitaria vi è quindi da chiedersi quale vantaggio le/gli infermiere/i potrebbero trarre da una trasformazione di associazione in Ordine
- Ciò soprattutto considerato come l'art. 30a cpv. 3 non sia sinora stato utilizzato dal Consiglio di Stato per delegare ulteriori compiti agli ordini

Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità

Conclusione

- La costituzione di un Ordine forte deve giocoforza passare dalla politica perché lo Stato dovrebbe cedere una parte più o meno importante delle proprie competenze agli Ordini
  - Nodo ideologico: autoregolazione dei professionisti o regolazione tramite lo Stato? Privilegiare la competenza tecnica o la neutralità?
  - Storicamente gli Ordini sono nati dalle corporazioni professionali che spesso non avevano tanto lo scopo tutelare la salute pubblica quanto quello di difendere il monopolio della propria categoria professionale (es. medici vs. chirurghi minori e barbieri)

GIORNATA DI STUDIO

INFERMIERE MANAGER DELLA SALUTE
REFERENTE TRA SISTEMA SANITARIO E COLLETTIVITA'

21 OTTOBRE 2008

QUALE FORMA DI ORGANIZZAZIONE PER QUALE TIPO DI ASSOCIAZIONE?

ELVIRA NUSSBAUMER
RESPONSABILE SETTORE SERVIZI ASI SVIZZERA

Situazione di partenza
Negli ultimi anni la professione infermieristica si è ulteriormente evoluta, nuove figure professionali, come ad esempio gli operatori sociosanitari, cercano la loro posizione, la situazione sul posto di lavoro sta cambiando a causa del nuovo sistema di finanziamento. Tutte queste sfide pongono l'associazione e i suoi responsabili di fronte all'interrogativo su come difendere nel modo più efficace possibile gli interessi del personale infermieristico diplomato in questo nuovo contesto.

Inoltre nel 2010 l'ASI celebrerà il suo centenario, occasione non solo per una retrospettiva o per fare il punto della situazione, ma anche per organizzare il futuro, affinchè l'associazione possa disporre degli strumenti necessari per affrontare i prossimi 100 anni. La discussione sulla struttura che l'associazione dovrà assumere in futuro infervora gli animi da Basilea a Bellinzona e da Ginevra a S.Gallo e si sollevano questioni fondamentali. In qualità di organizzazione professionale l'ASI dovrà continuare a rappresentare gli interessi delle infermiere e degli infermieri diplomati, dovrà assumere un maggior ruolo sindacale, oppure aprirsi a tutte le professioni infermieristiche trasformandosi in associazione di categoria per i curanti.

Questa discussione accende gli animi e l'ASI ha lanciato un progetto, Orientation 2010, allo scopo di trovare la forma di organizzazione più idonea per il futuro.

Perciò in questa relazione vi presenterò i diversi modelli di organizzazione e i loro pregi e difetti.

Ecco le tre principali forme organizzative:
. organizzazione professionale
. associazione professionale
. associazione di categoria

Per gli organi responsabili è importante che questo dibattito coinvolga anche la base. Per questo motivo sono lieta di conoscere la vostra opinione in merito in occasione della discussione che seguirà. Spetterà all'assemblea dei delegati prendere una decisione sul destino dei prossimi cento anni dell'ASI.

LUGANO
20 ottobre 2008
Come conquistare potere sociale: quali forme associative collegi ordini …. Uno sguardo sul panorama internazionale

MAP OF
EUROPE
ARCTIC OCEAN
RUSSIA
AUSTRIA
BLACK SEA
MEDITERRANEAN SEA
GREAT DESERT

Potere sociale (1)

- Aumento del fabbisogno delle risorse
- Conti economici da tenere sotto controllo
- Budget da rideterminare
- Innovazioni da porre in essere
- Aumento dei bisogni
- Aumento della domanda sanitaria
- Disomogeneità sempre più accentuata della risposta
- Mobilità sanitaria e viaggi della speranza

Potere sociale (2)

- Criticità e carenze organizzative
- Aumento del contenzioso
- Necessità di ridefinizione delle competenze
- Spazi e ruoli professionali
- Ritardi e resistenze per l'innovazione assistenziale e organizzativo gestionale

La Sociologia indica quattro precondizioni necessarie per definire una professione :

- L'esistenza di un sapere specialistico
- La certificazione delle competenze
- L'autonomia del professionista
- L'adesione ad un codice deontologico

Cenni storici

D. Lgs. C.P.S. 13 settembre1946 n. 233,
Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse.

… ripristino degli ordini dei medici chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti, e all'istituzione dei Collegi delle ostetriche.

Cenni storici

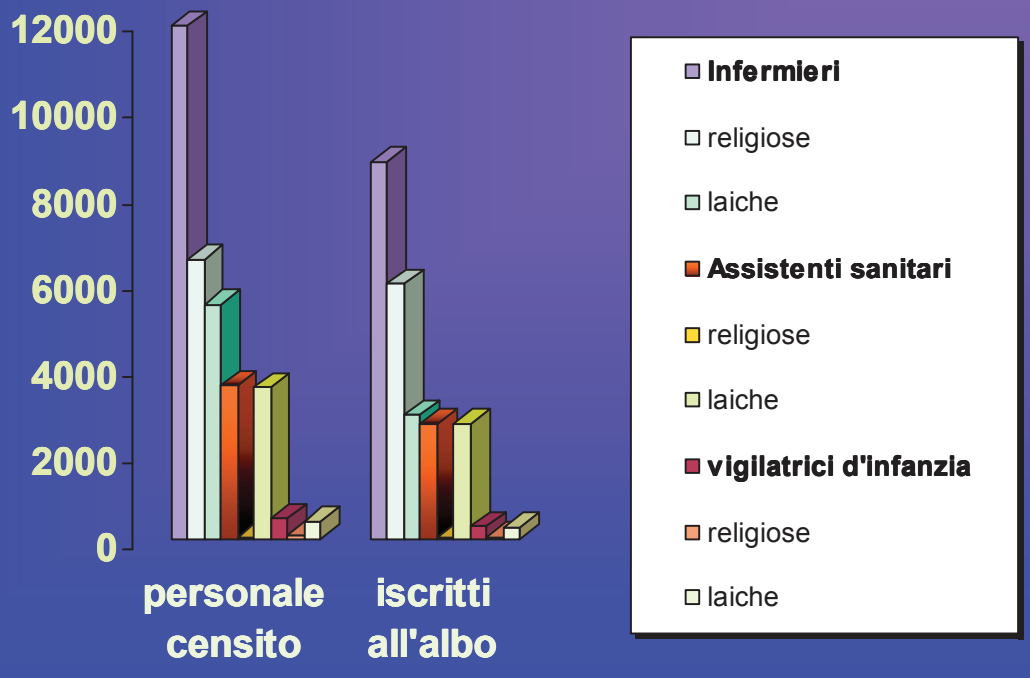
D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221 – Gazzetta Ufficiale 16 maggio 1950, *Approvazione del regolamento per l'esecuzione del D.lgs. 13 settembre 1946, n. 233 sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse.*

Cenni storici

Legge 29 ottobre 1954, n. 1049, *istituzione dei collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia.*

Cerimonia di ammissione definitiva
al corso. Consegna del velo. (Biennio '56-'58)

Censimento delle infermiere iscritte alla Federazione IPASVI nel 1959



Scopo: perchè

IPASVI

Obiettivi specifici: quando – chi - come

Organigramma dei collegi IPASVI

L'organo di governo è il consiglio direttivo

- Presidente
- Vice Presidente
- Segretario
- Tesoriere

I membri del consiglio variano da 5 per i collegi di meno di 100 iscritti a 15 per quelli con più di 1500 iscritti.

Attività dei collegi

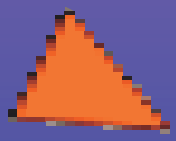
La normativa vigente conferisce al Collegio una duplice finalità:

- esterna, nel senso che promuove la tutela del cittadino/utente che ha diritto di ricevere prestazioni qualificate da personale adeguatamente preparato;

- interna, rivolta alla tenuta di un Albo contenente un elenco di professionisti da tutelare attraverso una vigilanza ed un supporto finalizzato al consolidamento del corretto esercizio professionale.

Tenuta del registro degli iscritti

- Servizio sportello iscritti
- Postazione internet
- Consulenza legale
- Formazione continua
- Servizio bibliotecario
- Cooperazione internazionale
- Punto d'ascolto per infermieri stranieri
- Corsi di lingua inglese



Promozione dell'immagine della professione

Tutela del cittadino

Com'eravamo

Nel 1965 la consapevolezza di essere infermiere è ulteriormente sottolineata dal 1° Congresso nazionale, organizzato in tre giornate, presso il palazzo degli uffici dell'EUR a Roma.

Anno X - n. 1/2000 - Spedizione in a. p. art. 2 comma 20/c legge 662/96 - Firenze

Obbiettivo
professione infermieristica

n. 1/2000

Trimestrale di informazione sanitaria
IPASVI - Firenze

Chi canta e chi porta la croce

In questo numero

4 Giancarlo Brunelli — Vogliamo parlare insieme. *La rivista cambia look*

6 Programma annuale 2000

7 Luca Benci — Abrogazione del mansionario: primo bilancio un anno dopo. *Tema sempre di grande interesse*

10 Emanuela Brochi — Infermieri e Servizio di Farmacia. *Un'esperienza all'Ospedale del Mugello*

12 Marco Franchi e Luca Iannuzzi — Luci e ombre sullo sviluppo applicativo dell'ingegneria genetica

di Gianfranco Cecinati

Il cambio della «gestione» nella vita di una rivista professionale è sempre un momento molto importante. OBBIETTIVO PROFESSIONE INFERMIERISTICA si trova oggi in questo momento, perché gli infermieri della provincia di Firenze hanno votato e quindi deciso per il cambiamento di rotta della «nuova» Collegio. Hanno premiato con il loro voto (dieci eletti su quindici), una lista, Professione insieme, che era stata sollecitata con sufficienza, che era stata etichettata come la lista dei «giovani» ma che essendosi presentata con un programma elettorale chiaro e condivisibile è stata votata anche se era formata da nomi nuovi per lo scenario del Collegio IPASVI.
Questo momento non deve fare dimenticare, però, chi ha dedicato tempo, intelligenza e fatica per fare arrivare nelle case degli infermieri, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia della nostra provincia una rivista che parlava e apparteneva alla professione.
Il futuro del nostro Organo Ufficiale eletto all'impegno entusiastico del gruppo redazionale, (provvisoriamente formato da Moira Borgioli, Mariella Menconci, Andrea Mezzetti, Laura Rasero, Angelo Viginì coordinati da Giancarlo Brunetti) e da quanti altri saranno interessati allo sviluppo di questo strumento che sempre più deve appartenere agli iscritti del collegio fiorentino. Sono quindi ritenute preziose tutte le proposte e riflessioni che farete pervenire.

segue a pag. 2

Il futuro prossimo è carico di ulteriori cambiamenti. Dobbiamo essere insieme ad affrontarli e comprenderli in tempo.

Il Notiziario

L'INFERMIERE

NUMERO 1
GENNAIO 2002
MENSILE ANNO XLVI

ORGANO UFFICIALE DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI

NOTIZIARIO AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI

EDITORIALE

FONDAZIONI: UN'IPOTESI DA VALUTARE

Siamo tutti DOTTORI?!

UN'EUROPA PER TUTTI, TUTTI PER L'EUROPA

… il primo congresso della Federazione costituisce anche l'occasione per dare un taglio diverso al Notiziario IPASVI, nota informativa sulla vita interna dei collegi che, da poche pagine ideate nel dicembre del 1956, assume l'aspetto di una vera e propria rivista nel 1965, attraverso l'articolazione in sezioni fisse relative al mondo dell'assistenza infermieristica e più in generale al mondo della sanità …

Antoniotti E. e Martellotti E., *IPASVI, una lunga storia*.

DPR 225/1974

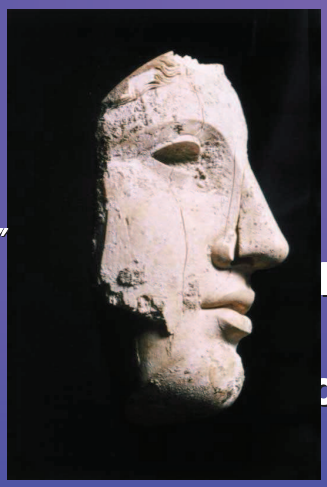
Modifiche al Regio Decreto 2 maggio 1940, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici.

DM 739/94

Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.

Legge 43/2006

"Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"



Patto infermiere cittadino

Roma - 1996

Revisione del codice etico di comportamento – 1999 - 2008

Legge 1/2002
"Emergenza infermieri"

Legge 251/2000

Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.

Legge 42/99

Disposizioni in materia di professioni sanitarie.

Formazione dell'infermiere italiano

CL in infermieristica – 3 anni –

Master primo livello (clinico/specialistico, management)

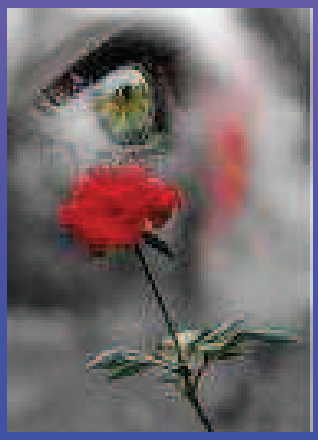
Laurea specialistica – 2 anni –

Master specialistico secondo livello

Dottorato di ricerca – 2 anni -

"Lo scenario europeo"

- *Assenza di una regolamentazione in grado di armonizzare la libera circolazione dell'infermiere in Europa*
- *Basso livello di dialogo tra professionisti dei vari paesi*
- *Scarsa cultura comunitaria nella tutela del diritto alla salute del cittadino europeo*
- *Disallineamento dei percorsi formativi*



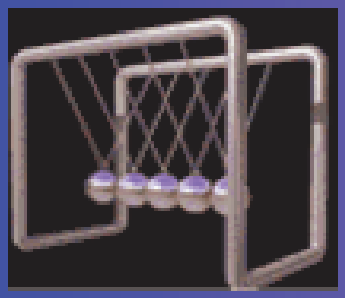
Lussemburgo
Austria
Romania
Paesi Bassi
Malta
Spagna
Irlanda
Grecia
Regno Unito
Belgio
Francia
Lituania
Finlandia
Repubblica Ceca
Portogallo
Italia
Estonia
Cipro
Germania
Slovenia
Lettonia
Svezia
Danimarca
Ungheria
Bulgaria
Polonia
Slovacchia

Nursing Regulators

Enti pubblici che vigilano sulla professione infermieristica promuovendo la salute e la sicurezza

del CITTADINO EUROPEO.

Potere sociale e orientamento normativo



DIRETTIVA 2005/36/EC DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO EUROPEO del 7 settembre 2005 sul riconoscimento dei titoli Professionali, Giornale Ufficiale dell'Unione Europea, L255/22, p. 20.

DIRETTIVA 2005/123/EC DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO EUROPEO del 12 dicembre 2006 sui Servizi nel Mercato interno, Giornale Ufficiale dell'Unione Europea L376/36, p. 15.

Il Consiglio europeo delle professioni liberali

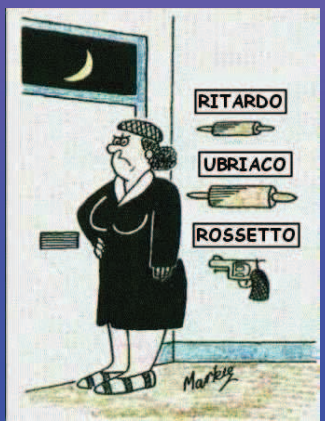
CEPLIS

E' l' unica associazione multiprofessionale che rappresenta i professionisti a livello comunitario.

Obiettivi

Federazione Europea delle Professioni infermieristiche

Promuovere e sostenere la qualità dell'assistenza infermieristica e rafforzare lo status giuridico e sociale dell'infermiere in Europa.



Orientare le decisioni dell'Unione Europea ai fini di accrescere il livello di partecipazione degli infermieri alle strategie della salute.

Una Mappa Comunitaria

- **Disporre di dati ed indicatori comuni per una difesa efficace della regolamentazione delle professioni infermieristiche;**
- **realizzare un glossario e una terminologia comune e comprensibile;**
- **condividere i codici di condotta, nella prospettiva di redigere un unico codice Deontologico Infermieristico Europeo.**

Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche, *La Regolamentazione delle Professioni Infermieristiche: una Forza Politica per la Tutela del Paziente in un'Europa Allargata*, atti della seconda Conferenza FEPI, Roma, maggio 2006

Aree d'intervento

Formazione

Vigilanza

Controllo

- Armonizzazione dei percorsi universitari
- Promozione della cultura linguistica
- Incremento dei programmi di studio sostenuti a livello comunitario
- Creare un Database per costruire una rete di professionalità individuabili
- Istituire una sorta di "carta d'identità professionale"
- Stimolare gli enti regolatori a diffondere una cultura critica basata su principi etici
- Promuovere una piattaforma comune finalizzata alla valutazione dell'infermiere europeo secondo standard comuni di riferimento

Codice deontologico europeo

Elemento fondante tutti i principi di carattere liberale che alimentano la filosofia dell'UE anche in ambito infermieristico

Valori comuni

Consiglio europeo delle Professioni Liberali, 2004

Riservatezza;

sviluppo e aggiornamento professionale;

Imparzialità;

onestà intellettuale ed integrità nei rapporti;

pianificazione di attività di supervisione;

costruzione di standard;

Assicurazione professionale;

questioni legate a conflitti di tipo morale e religioso.

Questionario preliminare

- **Enti regolatori ed autorità competenti:** 7 item che sondano la cultura della deontologia nell'ambito della professione infermieristica, l'eventuale disponibilità a aderire al codice unico e all'individuazione di incongruenze con i valori del paese coinvolto nel sondaggio.

- **Organizzazioni dei pazienti:** 4 item che entrano nella dimensione collaborativa, in cui la persona bisognosa di cure è coinvolta. Si indaga la percezione di quanto è importante questo strumento per il paziente e di come si intende metterlo a disposizione di tutti i cittadini. L'ultimo quesito stimola eventuali commenti rispetto ai principi contenuti nel testo del documento proposto.

- **Associazioni infermieristiche ed infermieri:** 4 item in cui si chiedono pareri sui contenuti e commenti sui principi rappresentati nel testo attuale.

Il GL FEPI per il Codice Etico

Cipro
Francia
Grecia
Irlanda
Italia
Portogallo
Romania
Spagna
Regno Unito
Croazia

Enti regolatori,
esperti di etica,
filosofia,
giurisprudenza,
scienze politiche.

Principi fondamentali

1. Qualità ed eccellenza

I pazienti hanno diritto di pretendere che gli enti regolatori delle professioni infermieristiche definiscano e motorizzino i contenuti, gli standard e la qualità della formazione e della pratica necessari per diventare infermiere.

2. Formazione continua

I pazienti hanno diritto di pretendere che gli infermieri si aggiornino professionalmente per tutto il corso della loro vita lavorativa.

3. Diritti umani

I pazienti hanno diritto al rispetto della loro dignità umana, che è il principio fondamentale dei diritti umani. I diritti umani in questo Codice occupano un posto di massima importanza e si riferiscono alla legislazione internazionale in materia di diritti umani, a prescindere dalla legislazione specifica di una singola Nazione.

4. Equo accesso alla sanità di qualità

I pazienti hanno diritto ad un accesso equo all'assistenza sanitaria di elevata qualità e ad un'assistenza infermieristica, in relazione ai loro bisogni.

5. Osservanza al codice deontologico

I pazienti hanno diritto di pretendere dagli infermieri un'assistenza di alta qualità, nel rispetto del Codice etico e deontologico e di qualunque legislazione specifica.

Principi fondamentali

6. Onestà ed integrità

I pazienti hanno diritto di esigere che il proprio infermiere sia onesto e degno di fiducia, e che lo assista con integrità.

7. Rapporti con gli altri

I pazienti hanno diritto di esigere che gli infermieri compiano il loro dovere, cioè che siano coerenti con l'etica ed i valori .

9. Consenso informato

I pazienti hanno diritto all'autodeterminazione e ad esprimere liberamente la propria volontà, in quanto espressione della propria autonomia personale.

8. Informazioni

I pazienti hanno il diritto di esigere che gli infermieri comunichino con loro e forniscano informazioni e consigli in modo appropriato, chiaro e facilmente comprensibile

Principi fondamentali

10. Segreto professionale

I pazienti hanno il diritto di esigere che qualunque informazione che essi rivelino rimanga riservata tra loro ed i loro infermieri.

11. Conflitti con le convinzioni morali

In caso di conflitto causato da una profonda convinzione morale, etica o altro derivante dalla richiesta di una prestazione infermieristica, l'infermiere è invitato a trovare una soluzione attraverso il dialogo con le rispettive parti, come il paziente, il datore di lavoro, l'ente regolatore o l'organizzazione professionale.

13. Assicurazione di indennità professionale

Il paziente ha diritto di esigere che l'infermiere che gli eroga l'assistenza sia adeguatamente assicurato.

12. Delega e supervisione del personale

I pazienti hanno diritto di esigere che chiunque fornisca loro assistenza sanitaria sia adeguatamente formato e abbia le competenze per erogare tale assistenza.

Associazionismo

Politico – professionale

Forme di aggregazione strutturate, non giuridicamente riconosciute e quindi dotate di scarso potere di contrattazione professionale ed economica

Professionale/culturale

Forme di aggregazione culturale che promuovono e valorizzano la cultura, le competenze e l'operatività degli infermieri di aree specifiche

Professionale/culturale

Politico – professionale

Educazione Continua in Medicina

ECM

E' un sistema integrat
solidale tra stato e reg
che garantisce
l'aggiornamento de
professionista sanita
nell'interesse della
comunità in risposta
all'evoluzione in amb
tecnico scientifico.

n un periodo
o
i formazione in
a normativa di
)
confronti di chi
cipa ai
i ECM

Concludendo …

Per conquistare il potere sociale la sfida è aperta,

oggi l'infermiere a livello globale dispone di mezzi e strumenti che lo pongono in una posizione di indubbio prestigio "teorico" oltre che di grande responsabilità "pratica", la distanza tra il teorico ed il pratico sta nella stessa misura che esiste tra il fare e il non fare ed il requisito per agire per il cambiamento è senza dubbio il coraggio.

Anche questo è un modo per guardare

avanti, comunque, con fiducia.

Una scelta impopolare e coraggiosa, se orientata al bene comune, conferisce potere alimenta la forza e arricchisce la storia.

Godi, Fiorenza, poi che sé si grande, che per mare e per terra batti l'ali, e per lo 'nferno tuo nome si spande …

Canto XXVI, Inferno.

Grazie per l'attenzione !

Giornata di studio 2008

Quale forma di organizzazione per quale tipo di associazione?

Scenari futuri

Elvira Nussbaumer, responsabile settore servizi e congresso
ASI Svizzera

Situazione di partenza

- Sviluppo professione infermieristica (terziarizzazione, Bachelor SUP, Master SUP, Università)
- Sistema di finanziamento forfait per caso (DRG)
- 2010: 100 anni ASI
  Retrospettiva, determinazione della posizione
  ➢ Strategie per il futuro

Sviluppo professione infermieristica

Lei è la nuova infermiera a domicilio?

Situazione di partenza

- Sviluppo professione infermieristica (terziarizzazione, Bachelor SS, Master SUP, Università, OSS)
- Sistema di finanziamento forfait per caso (DRG)
- 2010: 100 anni ASI
  Retrospettiva, determinazione della posizione
  ➢ Strategie per il futuro

Strategie per il futuro

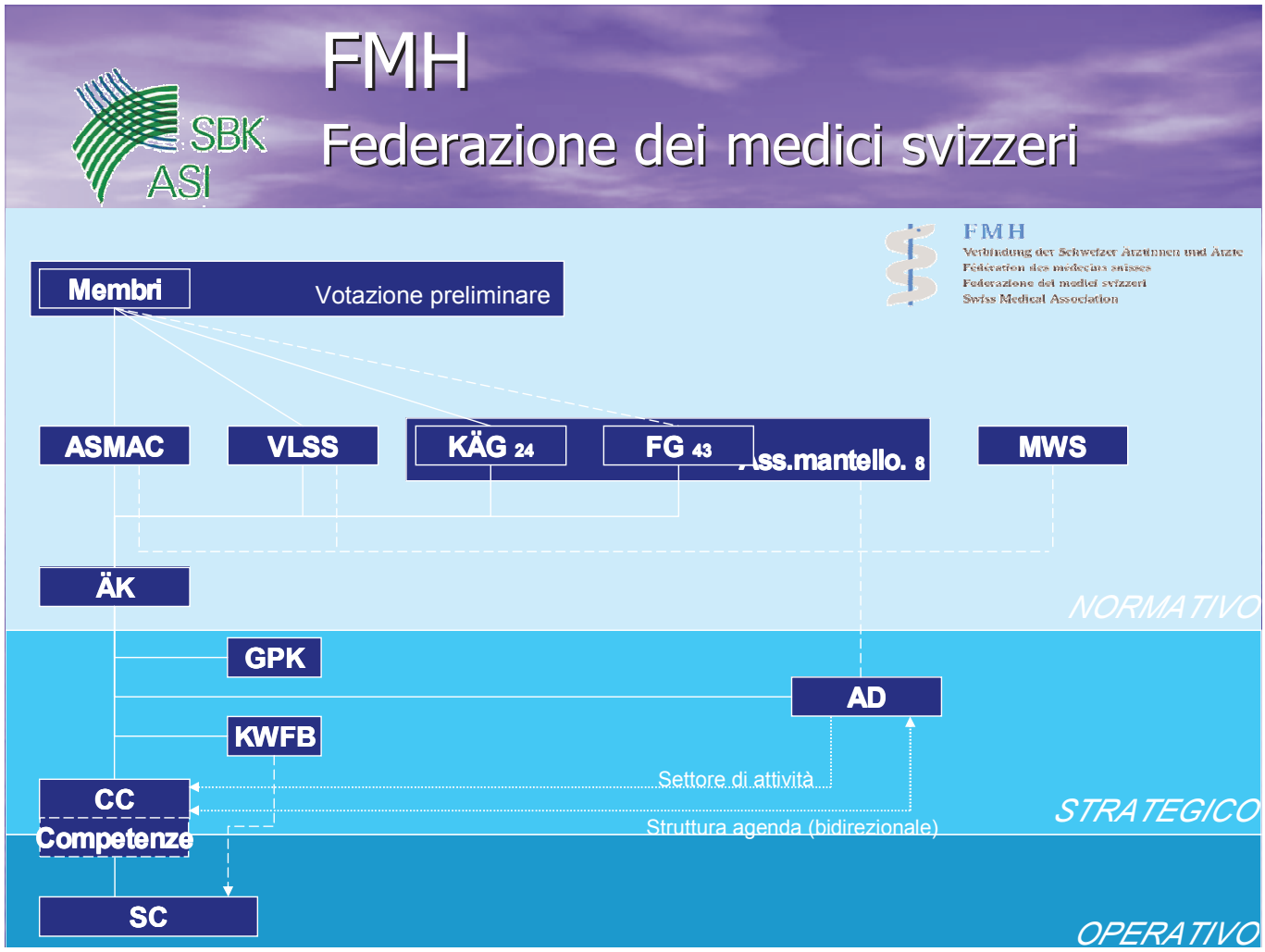
Modelli di strutture associative

- Organizzazione professionale
- Associazione professionale
- Associazione di categoria - Associazione „mantello“

Organizzazione professionale

- Associazione per un gruppo professionale (FMH = Federazione dei Medici svizzeri)
- Emette regole professionali/codice con validità generale (amministrazione autonoma)
- Diffusa fra i professionisti indipendenti
- „controlla“ altre professioni
- Offre servizi e rappresentanza ai membri

Senza parola...


FMH
Federazione dei medici svizzeri
SBK
ASI
FMH
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Fédération des médecins suisses
Federazione dei medici svizzeri
Swiss Medical Association
Membri
Votazione preliminare
ASMAC
VLSS
KÄG 24
FG 43
Ass.mantello. 8
MWS
ÄK
NORMATIVO
GPK
AD
KWFB
Settore di attività
CC
Competenze
Struttura agenda (bidirezionale)
STRATEGICO
SC
OPERATIVO

Organizzazione professionale ASI

- Esclusivamente per infermiere/i diplomate/i
- Profeddionalizzazione
- Formazione terziaria
- Cooperazione limitata con altre associazioni

Organizzazione professionale

Vantaggi

- Professionalizzazione
- Concentrazione delle forze
- Conoscenze professionali in primo piano
- Determinare la politica professionale
- Dimensioni contenute
- Struttura semplice
- Administraziona autonoma
- Diritto professionale

Svantaggi

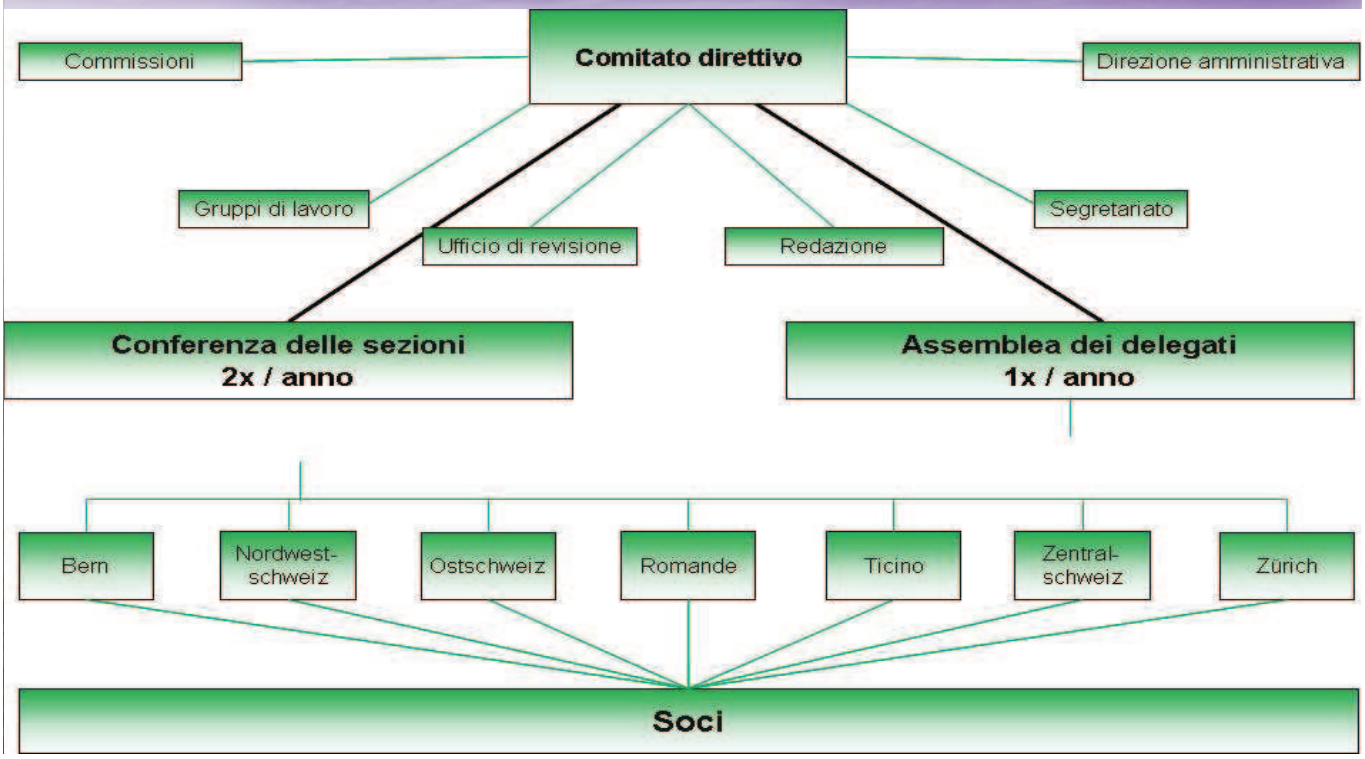
- Isolamento
- Inserimento nella politica (difficile visione associativa)
- Altri partecipano alla definizione delle cure
- Meno membri & risorse
- Il diritto consuetudinario ➲ Legge marziale

Associazione professionale

- Associazione di persone
- Communione di interessi
- Collaborazione nella definizione di regole professionali/codice
- „unisce" gruppi professionali
- Diffusa fra gli impiegati
- Offre servizi e rappresentanza ai membri

Labmed

Associazione professionale svizzera delle techniche e dei tecnici in analisi biomediche



Associazione professionale ASI

- Aperta a tutti i gruppi professionali del settore „cure“
- Non solo settore terziario
- Gruppi professionali parzialmente autonomi nell‘associazione

Associazione professionale

Vantaggi

- Alleanza di interessi
- Peso politico
- Risorse
- Opportunità di realizzazione
- Grande sapere infermieristico
- Visione globale
- Brevi iter decisionali
- Determinazione della qualità delle cure, competenze

Svantaggi

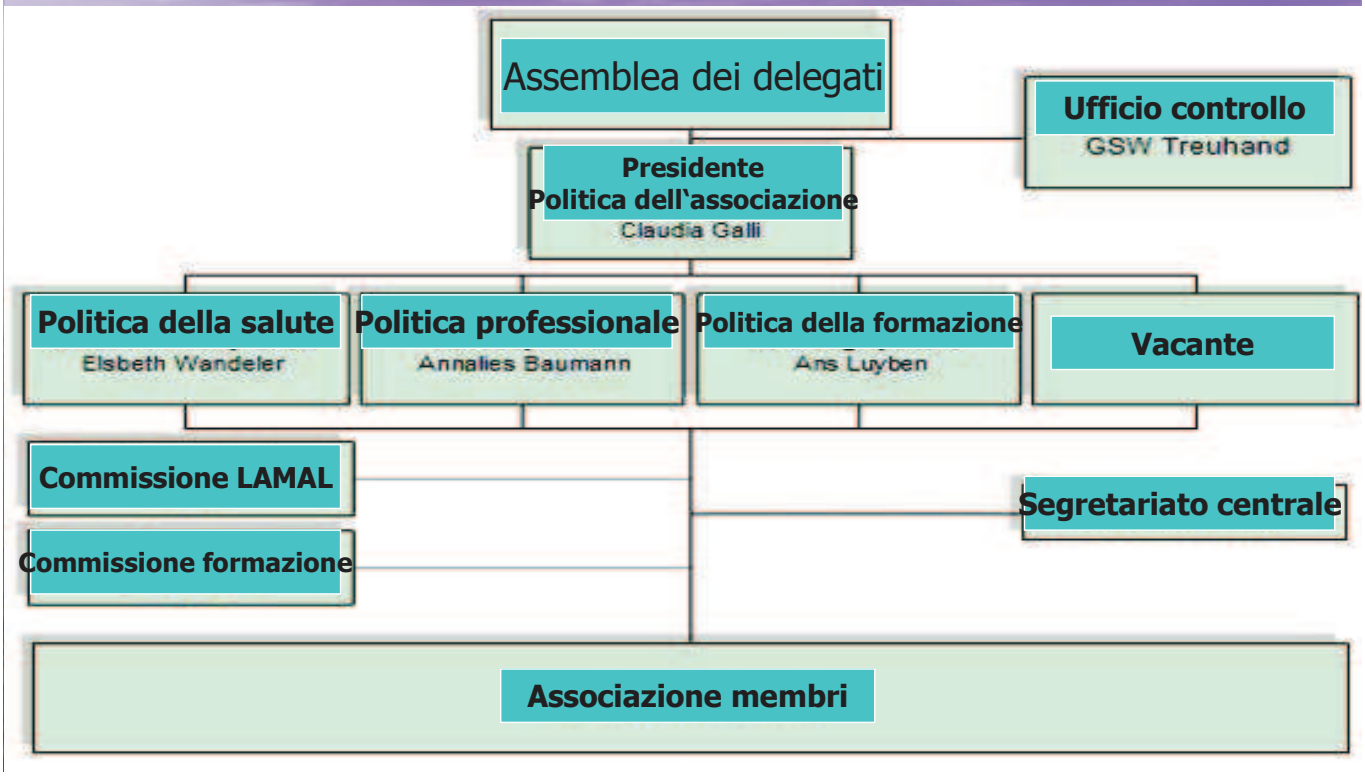
- Conflitti a livello di contenuto
- Definizione delle cure
- Eterogeneità
- Identificazione
- Comunicazione
- Gerarchia delle professioni
- Divisione tra livello svizzero & cantonale

Associazione di categoria

- Associazione „mantello“ delle professioni indipendenti
- „Associazione di associazioni“
- Rappresentanza di interessi collettivi,
  - politica della salute
  - politica professionale e della formazione
  - poltica associativa
- Servizi
- Coordinamento, sfruttamento di sinergie
- Controllo delle tendenze

FSAS

Federazione svizzera delle Associazione professionale dell'assistenza sanitaria



Associazione mantello „cure“

- Aperta alle associazioni professionali del settore „cure“
- Le attuali associazioni professionali mantengono la loro autonomia
- Fusione con altre associazione mantello per formare un‘organizzazione al vertice

Associazione mantello

Vantaggi

- Interlocutore super partes
- Unità nella varietà
- Lavoro specializzato e rappresentanza politica
- Le associazioni secondarie permangono

Svantaggi

- Rischio di eccesso nella regolamentazione
- Concorrenza delle associazioni secondarie
- Struttura dell'organizzazione
- Risorse disperse

L'imbarazzo della scelta...

„Orientation 2010 plus"

- Consulenza e assistenza professionale
- Gruppo di accompagnamento progetto *„Orientation 2010 plus*"
- Gruppo di risonanza *„Orientation 2010 plus*" (participante riunione Gerzensee e conferenza delle/dei presidenti)
- Decisione assemblea dei delegati AD 09 (Quale forma di organizzazione)
- Decisione assemblea dei delegati AD 10 Adeguamento strutture (statuti, regolamento, concetto finanziario)

Forza, affrontiamo questa sfida !!

Mille Grazie !

Elvira Nussbaumer
Responsabile settore servizi e congresso
Segretariato ASI Svizzera
Choisystrasse 1
3001 Bern
031 388 36 15
elvira.nussbaumer@sbk-asi.ch