

Infermiere

a P A V I A



Vita di collegio

SOMMARIO

Editoriale	2
Il nuovo deontologico dell'Infermiere	3
Schema di D.L. di attuazione per l'istituzione degli Ordini e degli Albi delle professioni Sanitarie infermieristiche, Ostetrica, Riabilitative, Tecnico-sanitarie e della Prevenzione	4
Proposte per lo sviluppo e la valorizzazione professionale dell'infermiere	9
Il Collegio e gli iscritti	12
Il nostro sito: www.ipasvipavia.it	13
Aggiornamento Andata	14
Le nuove regole ECM	15

Che ne è oggi dell'assistenza infermieristica?

Del suo status scientifico, della sua funzione?

È una domanda che molti si pongono all'interno e al di fuori del mondo accademico della professione infermieristica.

Un tentativo di risposta a questa domanda non può partire da una valutazione del rapporto tra quelli che riteniamo essere i due momenti costitutivi dell'assistenza: la teoria, nella sua funzione di "direzione e significato" della riflessione, di insieme di "teoremi che fanno parte del nostro sapere", di momento che assegna all'infermiere il ruolo di scienziato sociale dell'uomo; e l'analisi economica dell'assistenza, dalla quale la teoria con difficoltà attinge il suo materiale di lavoro, e che si è sviluppata sia con metodi formali sia con metodi quantitativi, sia ancora con metodi di indagine istituzionali spesso non precisamente propri della professione (economia aziendale, risorse umane, management d'impresa).

Il modo particolare in cui, soprattutto negli ultimi anni, ha preso forma il processo di specializzazione all'interno dell'assistenza infermieristica ha inciso in maniera determinante sul rapporto tra teoria e prassi assistenziale.

I teorici dell'assistenza del passato erano studiosi che alla costruzione delle loro proposizioni teoriche subordinavano, in modo decisamente strumentale, l'analisi; normalmente poi si preoccupavano di fornire, sulla base della teoria da essi sostenuta, indicazioni di esercizio applicativo.

Il processo di specializzazione medica, nel Nursing come in altre scienze, ha reso assai difficile e problematica questa unità di competenze e di attitudini.

Si tratterebbe di un fenomeno da giudicare all'interno della normalità del processo di sviluppo del pensiero scientifico, se non fosse che ad esso si è di fatto accompagnata una rigidità dell'infermieristica come scienza, con la conseguenza di un sempre più evidente ritardo, o, peggio, di

una sempre più evidente incapacità della teoria assistenziale a trattare i più rilevanti problemi economici della nostra professione e a dare un contributo alla loro soluzione.

Col passare del tempo però, il processo di differenziazione all'interno della Professione appare contraddistinto da due fenomeni.

Il primo è il manifestarsi e poi progressivamente l'infoltirsi di una schiera di teorici che mettono in primo piano gli aspetti analitico-tecnici privilegiando il momento dell'astrazione a scapito della forza di osservazione della realtà. Si tratta di un fenomeno che si accompagna al rapido svi-

luppo, dell'applicazione delle scienze infermieristiche e della metodologia assistenziale basata su fondamenti diversi tra Europa e Stati Uniti.

Oltreoceano in molti scritti di questi studiosi le proposizioni appaiono quasi le premesse, non lo scopo della loro indagine scientifica (come da molte parti si è ormai notato, la novità delle proposizioni teoriche appare spesso inversamente proporzionale al grado di formalismo del loro contributo).

Il secondo fenomeno è l'emergere di una specializzazione nei problemi dell'assistenza applicata e della politica professionale in genere che, in molti casi, ha reclamato per sé una identità quasi in contrapposizione alla teoria, e ciò in forza della sterile distinzione tra contributi astratti e concreti, utili ed inutili, secondo modelli non propriamente europei.

Abbiamo, in definitiva, assistito ad una degenerazione del rapporto tra momento teorico e momento analitico nell'esercizio professionale.

Una degenerazione che, da un lato, ha non poco influito su quella pericolosa tendenza a contrapporre e a separare progetto cognitivo e progetto operativo, a recidere il legame vitale tra visione teorica e problemi concreti.

E dall'altro lato ha, nella grande maggioranza dei casi, impedito una corretta utilizzazione, nel lavoro teorico, dei risultati acquisiti dalle ricerche e da altre aree disciplinari complementari all'assistenza.

In una situazione che si presenta, tutto sommato, non confortante, una rinnovata attenzione al rapporto teoria e prassi è essenziale per la ricostruzione di un efficace nesso di complementarità tra le specializzazioni nell'assistenza.

Non possiamo e non dobbiamo nascondersi l'elevato grado di problematicità che esiste nella definizione stessa di questo rapporto.

Il dibattito epistemologico, oggi come sempre, investe tutte le scienze e in tutte è posto in discussione il significato preciso di cosa significhi teoria.

È dunque naturale che le scienze infermieristiche siano investite da questo travaglio.

Ma ciò non ci esime dal cercare di dare un contributo perché la teoria e l'esercizio non vadano ciascuna per proprio conto finendo così per non essere più, rispettivamente, né buona teoria né buona pratica.

Invero, nel processo di costruzione teorica vi è sempre un complesso legame tra due elementi essenziali: il linguaggio che serve allo sviluppo di un modo di ragionamento sistematico e organizzato, e la produzione di ipotesi che, colgono gli aspetti salienti della realtà oggetti di studio.

L'analisi "serve" entrambi gli elementi di questo processo.

Quando dunque parliamo di strumenti per l'analisi dell'assistenza non dovremmo limitarci solo a quelli offerti dalla matematica e dalla statistica. Questi rivestono bensì grande importanza, soprattutto in quanto assolvono al loro scopo specifico di sgombrare il campo dai pseudo problemi e di porre quelli veri nei loro termini propri attraverso la formalizzazione.

Infermiere a Pavia

Rivista trimestrale del Collegio IP.AS.VI. di Pavia
Anno XX n. 1/2008 gennaio-marzo 2008

Editore Collegio Infermiere professionali,
Assistenti Sanitarie, Vigiliatrici d'Infanzia
della Provincia di Pavia

Direttore Responsabile Enrico Frisone

Capo Redattore Giuseppe Braga

Segreteria di Redazione Giuseppe Braga

Comitato di Redazione O. Bonafè, G. Braga, M. Cattanei, S. Giudici,
R. Rizzini, A.M. Tanzi

Hanno collaborato a questo numero G. Ciancio, M. Massaro, S. Quattrocchi,
si ringraziano i Collegio IPASVI di Como,
Cremona e Mantova

Impianti e stampa Gemini Grafica snc - Melegnano (MI)

Direzione, Redazione, Amministrazione Via Lombroso, 3/B - 27100 Pavia
Tel. 0382/525609, Fax 0382/528589
CCP n. 10816270

I punti di vista e le opinioni espressi negli articoli sono degli autori e non rispettano necessariamente quelli dell'Editore.
Manoscritti e fotografie, anche se non pubblicati, non saranno restituiti.

Registrazione presso il Tribunale di Pavia n. 355 del 08.02.1989.
Spedizione in abb. postale - Comma 20/C 2 L. 662/96 - Fil. di Pavia.
La rivista è inviata gratuitamente agli iscritti al Collegio IPAS.VI. di Pavia. Finito di stampare nel mese di marzo 2008 presso Gemini Grafica snc di S. & A. Giropini, Melegnano (MI)

IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

■ Salvatore Quattrocchi *

Ma occorre sempre avere presente che la specializzazione analitica tende inevitabilmente alla degenerazione quando autonomia, esasperandolo, l'elemento del linguaggio; e si adagia così su una riflessione, anche molto complessa, ma che attiene soltanto ai canoni della logica formale, con la sola finalità di mostrare se un particolare discorso è completo e coerente.

L'utilità dello specifico linguaggio usato ai fini della costruzione di ipotesi teoriche significative va sempre posta in discussione. Né va trascurato l'aspetto di convenzionalità che vi è nel linguaggio: usare un linguaggio comune a tutti gli infermieri può essere utile proprio per capire la diversità delle ipotesi; d'altra parte contrabbandare per differenze teoriche differenze che sono solo di linguaggio non proprio ma mutuato da altre professioni, perché non si dà vero processo di costruzione teorica se ci si limita semplicemente a dimostrare in modo diverso cose già dette da altri.

L'assistenza infermieristica non può essere una disciplina darwiniana. L'ultimo anello della catena non contiene in sé tutti gli sviluppi precedenti, tanto che questi possano essere dimenticati e riassorbiti nel precedente. L'unità della professione non deve essere cercata in qualche figura discorsiva dominante alla quale riferirsi come alla propria matrice comune, ma nella stessa composizione dei contributi che la costituiscono.

Ecco perché questo richiamo a concentrarsi ancora sui processi comunicativi, ed ecco perché coltiviamo l'impegno e la determinazione per mantenere vivo il senso Etico della professione di aiuto che siamo tenuti a esercitare quotidianamente

Il Presidente

L'attenzione che caratterizza la nostra professione alle continue modificazioni della società e dei bisogni che i cittadini esprimono ha portato, dopo un lungo lavoro, alla verifica e revisione di un nuovo Codice Deontologico emanato nel 1999.

Questa revisione risultava essere contingente alla nuova realtà di esercizio dell'infermiere e al suo nuovo ruolo legato al passaggio da figura *ausiliaria* con un elenco di mansioni che scandivano il suo operato ad un nuovo infermiere, professionista sanitario con un ambito di autonomia e responsabilità legato al suo nuovo profilo, alle competenze richieste e alle norme e valori etici che devono guidarlo nell'agire quotidiano.

In questo decennio in cui la responsabilità si è man mano consolidata nell'infermiere, l'attenzione ora si sposta sulla persona riaffermandone la sua centralità, la sua autonomia, la sua volontà e la sua qualità di vita, e l'importanza del suo coinvolgimento nel piano assistenziale.

La lettura dei 51 articoli che compongono il Nuovo Codice Deontologico non appesantiscono il lettore, anzi danno un senso di punto fermo, tranquillità, sicurezza e senso di appartenenza; chiarisce ciò che noi intendiamo per assistenza infermieristica cioè lo strumento per mantenere l'autonomia e per far sì che la persona abbia sempre meno bisogno dell'infermiere.

L'autonomia della persona diventa l'obiettivo della relazione assistenziale e si inserisce nel ruolo educativo e formativo dell'infermiere.

L'individuo viene valorizzato come colui che è portatore di una propria volontà e l'infermiere rispetta questo ruolo garantendo la sua autonomia con un'assistenza olistica che assume maggiore significato nei momenti particolari di vita come ad esempio nella terminalità o nell'aiuto che può essere fornito ai famigliari nell'elaborazione del lutto.

Questo codice rappresenta uno strumento di valido aiuto all'infermiere in quanto assume un ruolo vicario di alcune norme che non chiariscono o non danno risposte ad alcuni aspetti sui dilemmi etici riscontrabili nell'esercizio professionale (esempio: richiesta da parte dell'assistito di aiuto nella morte, quando l'assistito non

è in grado di manifestare la propria volontà, ecc); oppure valorizza ed afferma in maniera il ruolo della consulenza da parte di infermieri esperti o specialisti a cui i colleghi si possono rivolgere.

Diamo un plauso al Comitato Centrale di aver lavorato per darci uno strumento di fondamentale importanza per l'esercizio professionale contingente alla realtà odierna e, come da sempre ci caratterizza, uno strumento a garanzia del cittadino.

L'autore

* Vicepresidente - IPASVI Pavia

SCHEMA DI DECRETO LEGISLATIVO DI ATTUAZIONE DELLA DELEGA DI CUI ALL'ARTICOLO 4 DELLA LEGGE 1° FEBBRAIO 2006 N. 43 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI, PER L'ISTITUZIONE DEGLI ORDINI E ALBI DELLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE, OSTETRICA, RIABILITATIVE, TECNICOSANITARIE E DELLA PREVENZIONE

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

VISTI gli articoli 76 e 87, quinto comma, della Costituzione;
VISTA la legge 1° febbraio 2006, n. 43, recante 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;
VISTO in particolare l'articolo 4, comma 1, della citata legge 1° febbraio 2006, n. 43, così come **modificato dalla legge 17 ottobre 2007, n. 189**, ai sensi del quale il Governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, i relativi ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;
VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, e successive modificazioni;
VISTA la legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante disposizioni in materia di professioni sanitarie;
VISTA la legge 10 agosto 2000, n. 251, recante disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica;
VISTO l'articolo 4-quater del decreto-legge 5 dicembre 2005, n. 250, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 febbraio 2006, n. 27, recante misure urgenti in materia di università, beni culturali ed in favore di soggetti affetti da gravi patologie, nonché in tema di rinegoziazione di mutui;
SENTITE le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in data ;
SENTITE le Federazioni nazionali dei Collegi professionali e le Associazioni professionali delle professioni sanitarie in data ;
VISTA la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella riunione del ;
ACQUISITO il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del ;
ACQUISITO il parere delle competenti Commissioni parlamentari della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;
VISTA la deliberazione del Consiglio dei

Ministri adottata nella riunione del.....
SULLA PROPOSTA del Presidente del Consiglio dei Ministri e del Ministro della salute;

EMANA

il seguente decreto legislativo Capo 1 - Degli Ordini professionali

ART. 1

(Istituzioni degli Ordini)

1. In attuazione della delega di cui all'articolo 4 della legge 1° febbraio 2006, n. 43, e **successive modificazioni, sono istituiti** gli Ordini professionali degli esercenti le professioni sanitarie, **con compiti di rappresentanza professionale nei confronti delle istituzioni e di garanzia della qualità delle prestazioni nei confronti del cittadino.**
2. I Collegi **degli Infermieri professionali e delle Assistenti sanitarie e delle Vigiltrici d'Infanzia (IPASVI)** sono trasformati in Ordini professionali delle professioni infermieristiche.
3. I Collegi delle Ostetriche sono trasformati in Ordini professionali delle Ostetriche e delle Professioni sanitarie della Riabilitazione.
4. I Collegi dei Tecnici sanitari di radiologia medica sono trasformati in Ordini professionali delle Professioni Tecnico - sanitarie e della Prevenzione
5. Gli Ordini professionali sono enti pubblici non economici, con autonomia patrimoniale e finanziaria, e si articolano in Federazioni nazionali e Ordini territoriali. Gli statuti relativi alla loro organizzazione, adottati nel rispetto delle disposizioni del presente decreto, sono predisposti ai sensi dell'art. 6 e sono approvati con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione.
6. Il Ministero della salute esercita la funzione di vigilanza sugli Ordini e sulle professioni di cui al presente decreto.

ART. 2

(Istituzione degli Albi)

1. Presso gli Ordini **delle professioni infermieristiche** di cui al comma 2 dell'art. 1 sono istituiti i seguenti Albi:
• Albo della professione di Infermiere;
• Albo della professione di Infermiere pediatrico.
2. Presso gli Ordini delle **ostetriche** e delle **professioni sanitarie della riabilita-**

zione di cui al comma 3 dell'art. 1 sono istituiti i seguenti Albi:

- Albo della professione di Ostetrica/o;
 - Albo della professione di Fisioterapista;
 - Albo della professione di Logopedista;
 - Albo della professione di Podologo;
 - Albo della professione di Ortottista e assistente di oftalmologia;
 - Albo della professione di Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva;
 - Albo della professione di Tecnico della riabilitazione psichiatrica;
 - Albo della professione di Terapista occupazionale;
 - Albo della professione di Educatore professionale.
3. Presso gli Ordini **delle professioni tecnico-sanitarie e della prevenzione** di cui al comma 4 dell'art. 1 sono istituiti i seguenti Albi:
- Albo della professione di Tecnico sanitario di radiologia medica;
 - Albo della professione di Tecnico sanitario di laboratorio biomedico
 - Albo della professione sanitaria di Tecnico audiometrista;
 - Albo della professione sanitaria di Tecnico audioprotesista;
 - Albo della professione sanitaria di Tecnico ortopedico;
 - Albo della professione sanitaria di Dietista;
 - Albo della professione sanitaria di Tecnico di neurofisiopatologia;
 - Albo della professione sanitaria di Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare;
 - Albo della professione sanitaria di Igienista dentale;
 - Albo della professione di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro;
 - Albo della professione di Assistente sanitario.

ART. 3

(Dislocazione territoriale e organi degli Ordini)

1. Gli Ordini di cui al presente decreto sono di norma, istituiti in ogni Provincia. Qualora il numero degli iscritti all'Ordine non superi le 900 unità, l'Ordine è costituito a livello interprovinciale, regionale o interregionale.
2. Sono organi degli Ordini:
a) il Consiglio direttivo;
b) il Presidente, cui spetta la rappresentanza legale dell'Ente;

- c) l'Assemblea degli iscritti;
 - d) la Commissione d'Albo;
 - e) il Collegio dei revisori dei conti, costituito ai sensi del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88, e successive modificazioni.
3. Il Consiglio direttivo può essere sciolto, previa diffida, qualora non sia in grado di funzionare regolarmente, con decreto del Ministro della salute su proposta della relativa Federazione nazionale, che delibera con la maggioranza dei due terzi dei componenti.
4. Con il decreto di scioglimento del Consiglio direttivo è nominata una commissione straordinaria di tre membri iscritti all'Ordine, alla quale competono le attribuzioni del Consiglio direttivo, e sono indette nuove elezioni entro tre mesi dallo scioglimento.

ART. 4*(Commissione disciplinare)*

1. Presso l'Ordine del capoluogo di regione è istituita, per ciascun Albo, una Commissione competente a giudicare sui procedimenti disciplinari nei confronti degli iscritti.
2. Per gli iscritti all'Albo che sono anche dipendenti di una pubblica amministrazione si applicano le disposizioni del codice deontologico approvato dalle Federazioni nazionali, previo nulla osta del Ministero della salute, fatte salve le disposizioni dei relativi contratti collettivi nazionali di lavoro.
- 3. Gli oneri relativi al funzionamento della Commissione sono a carico degli iscritti agli Ordini della regione presso cui operano.**

ART. 5*(Organi delle Federazioni nazionali)*

- 1. Gli Ordini di cui al presente decreto sono riuniti in Federazioni nazionali con sede in Roma.**
2. Sono organi delle Federazioni nazionali:
- a) il Consiglio nazionale;
 - b) il Presidente;
 - c) il Comitato centrale;
 - d) la Commissione d'albo;
 - e) il Collegio dei Revisori dei conti, costituito ai sensi del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88, e successive modificazioni.

3. Il Comitato centrale può essere sciolto, previa diffida, qualora non sia in grado di funzionare regolarmente. Lo scioglimento è disposto con decreto del Ministro della salute. Con il medesimo decreto è nominata una Commissione straordinaria di tre membri iscritti nell'Ordine territoriale. Alla Commissione competono tutte le attribuzioni del Comitato disciolto. Entro tre mesi dallo scioglimento si procede a nuove elezioni.

ART. 6*(Statuti)*

1. Gli statuti degli Ordini e delle Federazioni si attengono ai seguenti principi e criteri:
- a) democraticità nelle procedure di elezione degli organi;
 - b) non discriminazione per motivi religiosi, sessuali, razziali, politici o relativi ad altra condizione personale o sociale;
 - c) individuazione di meccanismi che garantiscano la partecipazione effettiva alla vita dell'Ordine delle professioni meno rappresentate nel Consiglio direttivo;
 - d) garanzia di pari opportunità per l'accesso alle cariche elettive;
 - e) trasparenza delle azioni intraprese, sia d'ufficio sia ad impulso di parte, verso gli iscritti e verso i terzi; f) leale collaborazione con lo Stato e gli altri Enti pubblici;
 - g) separazione della funzione di indirizzo politico dalla gestione amministrativa nei casi in cui la pianta organica dell'Ordine preveda una funzione di livello dirigenziale;
 - h) attribuzione dei compiti degli organi, modalità di organizzazione e funzionamento dei medesimi;
 - i) disciplina della Commissione di cui all'articolo 5, comma 1, lettera d);
 - l) criteri per la determinazione della misura e delle modalità di riscossione dei contributi dovuti dagli appartenenti agli Ordini;
 - m) criteri per la determinazione della pianta organica degli Ordini e delle federazioni;
 - n) modalità inerenti alla gestione amministrativa e contabile degli Ordini e delle Federazioni.
2. Gli statuti fissano altresì le misure annuali della contribuzione da parte degli Ordini al fine di assicurare il funzionamento delle Federazioni.

Capo II - Degli Albi professionali**ART. 7***(Requisiti per l'iscrizione all'Albo)*

1. Per l'iscrizione agli Albi di cui al presente decreto è necessario **il possesso dei seguenti requisiti:**
- a) **cittadinanza italiana o di altro Paese dell'Unione Europea, salvo quanto previsto dal successivo comma 7;**
 - b) **godimento dei diritti civili;**
 - c) **buona condotta;**
 - d) **possesso di uno dei titoli di cui ai commi 2, 3, 4, 5, 6 e 7, salvo quanto disposto dall'articolo 8;**
 - e) **residenza anagrafica o domicilio professionale nella circoscrizione dell'Ordine.** Per i soggetti di cui al comma 7 è sufficiente il contratto o

permesso di soggiorno rilasciato dalle competenti autorità presenti nella circoscrizione dell'Ordine.

2. Possono iscriversi agli Albi dell'Ordine di cui al comma 2 dell'art. 1 gli Infermieri di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 739, e gli Infermieri pediatrici di cui al D.M. 17 gennaio 1997, n. 70, in possesso del diploma di laurea triennale abilitante.
3. Possono iscriversi agli Albi dell'Ordine di cui al comma 3 dell'art. 1 le Ostetriche di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 740, i Fisioterapisti di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 741, i Logopedisti di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 742, gli Ortottisti - assistenti di oftalmologia di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 743, i Podologi di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 666, i Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva di cui al D.M. 17 gennaio 1997, n. 56, i Tecnici della riabilitazione psichiatrica di cui al D.M. 29 marzo 2001, n. 182, i Terapisti occupazionali di cui al D.M. 17.01.1997, n. 136, gli Educatori professionali di cui al D.M. 08.10.1998, n. 520, in possesso del diploma di laurea triennale abilitante.
4. Possono iscriversi agli Albi dell'Ordine di cui al comma 3 dell'art. 1 i Tecnici sanitari di radiologia medica, di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 746, i Tecnici sanitari di laboratorio biomedico di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 745, i Tecnici audiometristi di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 667, i Tecnici di neurofisiopatologia di cui al D.M. 15 marzo 1995, n. 183, i Tecnici ortopedici di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 665, i Tecnici audioprotesisti di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 668, i Tecnici della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare di cui al D.M. 27 luglio 1998, n. 316, gli Igienisti dentali di cui al D.M. 15 marzo 1999, n. 137, i Dietisti di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 744, i Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro di cui al D.M. 17 gennaio 1997, n. 58, gli Assistenti sanitari di cui al M. 17 gennaio 1997, n. 69, in possesso del diploma di laurea triennale abilitante.
5. Possono altresì iscriversi agli Albi di cui al presente decreto legislativo i possessori di titoli che, conseguiti anteriormente all'entrata in vigore della legge 26 febbraio 1999, n. 42, sono stati dichiarati equipollenti a quelli di cui ai commi 2, 3, e 4.
6. I possessori di titoli conseguiti in Paesi dell'Unione Europea, possono iscriversi all'Albo se **in possesso, oltre che dei requisiti di cui al comma 1, del riconoscimento professionale, nel rispetto della vigente normativa comunitaria in materia di libertà di stabilimento.**
7. I cittadini non appartenenti a un Paese dell'Unione europea possono iscriversi all'albo professionale nel rispetto della

normativa generale in materia di ingresso e soggiorno dei cittadini di altre nazionalità nel territorio dello Stato italiano, previo riconoscimento del titolo di studio abilitante effettuato dal Ministero della salute.

8. Fatte salve le deroghe previste da norme speciali, l'iscrizione ai predetti Albi costituisce condizione essenziale e obbligatoria per l'esercizio delle relative professioni sanitarie.

ART. 8

(Altri titoli idonei per l'iscrizione agli Albi)

1. Sono idonei ai fini dell'iscrizione agli Albi di cui al presente decreto i titoli che, in attuazione dell'art. 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42, sono dichiarati equivalenti a quelli conseguiti anteriormente all'entrata in vigore della citata legge.

2. Nei provvedimenti di individuazione di nuove professioni sanitarie ai sensi dell'art. 5 della legge 1 febbraio 2006, n. 43, deve essere indicato l'Ordine (**di cui all'articolo 1**) presso cui confluirà la nuova professione.

Capo III

Dell'accorpamento, della separazione e dell'istituzione di Ordini autonomi per specifiche professioni sanitarie

ART. 9

(Accorpamento o separazione degli Ordini)

1. La riorganizzazione a livello territoriale degli Ordini secondo quanto stabilito nel regolamento di cui all'art. 17 è disposta dal Ministro della Salute su proposta dell'assemblea degli iscritti all'Ordine o agli Ordini interessati, che delibera a maggioranza assoluta dei presenti.

ART. 10

(Istituzione di un Ordine autonomo)

1. Fermo restando quanto disposto dall'articolo 1, può essere costituito un Ordine autonomo specifico per una delle professioni sanitarie di cui al presente decreto, qualora ricorrono le seguenti condizioni:

- la professione che chiede di costituirsi in Ordine conti almeno 20.000 iscritti ai propri Albi, e sia presente con minimo 500 operatori in almeno diciotto regioni;
- gli iscritti agli altri Albi dell'Ordine di origine non siano complessivamente meno di 20.000 unità;
- la decisione di costituirsi in Ordine autonomo sia approvata dagli iscritti all'albo della professione;
- sia stato acquisito il parere della Federazione nazionale.

2. L'Ordine autonomo di cui al comma 1, è riconosciuto con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri su pro-

posta del Ministro della salute.

3. A seguito del riconoscimento del nuovo Ordine autonomo, si procede alla rideterminazione degli ambiti territoriali e alla elezione degli Organi rappresentativi dell'Ordine già di appartenenza e del nuovo Ordine autonomo, sia di quest'ultimo.

4. Gli oneri per la costituzione ed il funzionamento del nuovo Ordine sono a totale carico degli iscritti all'Ordine medesimo.

Capo IV - Attività Riservate

ART. 11

(Competenza generale)

1. Fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, ai professionisti sanitari di cui alla legge 43/2006, fermo restando le competenze di loro spettanza nell'ambito del profilo di loro appartenenza, è riconosciuto l'esercizio, in via riservata, delle attività di cui agli articoli 12, 13 e 14 del presente decreto.

ART. 12

(Professioni degli Ordini delle professioni infermieristiche)

1. È riservata all'ordine delle professioni infermieristiche, in autonomia o, ove previsto, su indicazione medica, l'assistenza generale infermieristica di carattere preventivo, curativo, palliativo e di riabilitazione funzionalmente correlata alla assistenza medesima.

2. È riservata agli Infermieri l'assistenza di cui al comma 1 rivolta all'adulto.

3. È riservata agli infermieri pediatrici l'attività di cui al comma 1 rivolta al bambino che presenta particolare criticità e complessità assistenziale.

ART. 13

(Professioni degli Ordini delle Ostetriche e della Riabilitazione)

1. Sono riservate agli iscritti all'Ordine delle ostetriche e delle professioni della riabilitazione, o, ove previsto, su indicazione medica, le attività connesse alla salute sessuale-riproduttiva della donna nonché l'elaborazione, l'effettuazione e valutazione degli interventi di riabilitazione di carattere neuro motorio, comunicativo, sensoriale, neuropsichiatrico, della psicomotricità ed educativo rivolto alla persona

2. È riservata alle ostetriche l'assistenza alla donna riferita alla salute sessuale-riproduttiva nel periodo di gravidanza, durante il parto e nel puerperio, con la conduzione e conclusione in autonomia dei parti eutoci

3. È riservata ai fisioterapisti l'attività di prevenzione, cura e riabilitazione nelle

aree della neuromotricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita.

4. È riservato ai logopedisti il trattamento di prevenzione e riabilitazione di tutte le patologie del linguaggio e della comunicazione orale e scritta e degli handicap comunicativi e cognitivi rivolta alla persona.

5. È riservato ai podologi il trattamento diretto, nel rispetto della normativa vigente, dopo esame obiettivo del piede, con metodi incruenti, ortesici ed idromassoterapici, delle callosità, delle unghie ipertrofiche, deformi e incamite, nonché del piede doloroso.

6. È riservata agli ortottisti - assistenti di oftalmologia la trattazione dei disturbi motori e sensoriali della visione, nonché la prevenzione e riabilitazione degli handicap visivi utilizzando le tecniche di semeiologia strumentale oftalmologica.

7. È riservato ai terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, l'attività di abilitazione e riabilitazione delle malattie neuropsichiatriche infantili, nelle aree della neuro-psicomotricità, della neuropsicologia e della psicopatologia dello sviluppo.

8. È riservato ai tecnici della riabilitazione psichiatrica lo svolgimento di interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica;

9. È riservato ai terapisti occupazionali lo svolgimento di attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da malattie e disordini fisici, psichici sia con disabilità temporanee che permanenti, utilizzando attività espressive, manuali-rappresentative e ludiche, finalizzate allo svolgimento delle comuni attività della vita quotidiana e produttiva e dello sviluppo della persona.

10. È riservato agli educatori professionali l'attuazione di specifici progetti educativi e riabilitativi volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana e la cura del positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà.

ART. 14

(Professioni degli Ordini delle professioni tecnico-sanitarie e della prevenzione)

1. È riservata agli iscritti all'Ordine delle professioni tecnico sanitarie e della prevenzione, o, ove previsto, su indicazione medica, l'elaborazione, effettuazione e valutazione delle procedure e metodologie tecniche necessarie alla corretta esecuzione delle attività tecnico-assistenziale e tecnico-diagnostico, nonché le attività di prevenzione ed educazione sanitaria negli ambienti di vita e di lavoro

2. È riservato ai tecnici sanitari di radiologia medica l'esercizio di attività di indagini e prestazioni radiologiche aventi finalità preventive, diagnostiche radioterapiche.

3. È riservato ai tecnici sanitari di laboratorio biomedico lo svolgimento delle analisi e ricerche di laboratorio relative ad analisi biomediche.

4. È riservato ai tecnici audiometristi lo svolgimento di attività di prevenzione, valutazione e riabilitazione delle patologie del sistema uditivo e vestibolare.

5. È riservato ai tecnici audioprotesisti lo svolgimento delle attività atte alla selezione, fornitura, adattamento e controllo dei presidi protesici per la prevenzione e correzione dei deficit uditivi.

6. È riservata ai tecnici ortopedici l'attività di progettazione, costruzione, e adattamento, applicazione fornitura di protesi, ortesi e di ausili sostitutivi, correttivi e di sostegno dell'apparato locomotore, di natura funzionale ed estetica, di tipo meccanico o che utilizzano l'energia esterna o energia mista corporea ed esterna.

7. È riservata ai dietisti la pianificazione della corretta tipologia dell'alimentazione e della nutrizione nelle strutture sanitarie ivi compresi gli aspetti educativi e di collaborazione all'attuazione delle politiche alimentari,

8. È riservato ai tecnici della neurofisiopatologia lo svolgimento delle metodiche diagnostiche specifiche in campo neurologico e neurochirurgico, nell'ambito della diagnosi delle patologie del sistema nervoso.

9. È riservata ai tecnici della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare la conduzione, la manutenzione e il monitoraggio delle apparecchiature relative alle tecniche di circolazione extracorporea ed alle tecniche di emodinamica finalizzate alla diagnostica o vicarianti le funzioni cardiocircolatorie.

10. È riservato agli igienisti dentali lo svolgimento dei compiti relativi alla prevenzione delle affezioni orodentali.

11. È riservata ai tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro lo svolgimento di tutte le attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene e di sanità pubblica e veterinaria.

12. È riservata agli assistenti sanitari l'espletamento di attività di prevenzione, di promozione ed di educazione per la salute, rivolte alla persona, alla famiglia e alla collettività, individuando i bisogni di salute e le priorità di intervento preventivo, educativo e di recupero sulla base dei dati epidemiologici e socio-culturali.

Capo V

Della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie

ART. 15

(Estensione della giurisdizione della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie)

1. Ai professionisti di cui al presente Decreto Legislativo si applicano le norme di cui al Capo IV del D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 "Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse". A tal fine la composizione della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie è integrata, per l'esame degli affari concernenti ciascuna delle professioni di cui all'articolo 1 del presente decreto, da un dirigente dei ruoli sanitari del Ministero della Salute per ciascuna Federazione e da otto componenti, di cui tre supplenti, per ciascuna delle predette professioni. Gli oneri di funzionamento della commissione sono posti a carico delle federazioni nazionali.

2. In prima applicazione del presente decreto e prima delle designazioni delle rispettive Federazioni nazionali, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro della Giustizia, si provvede alla integrazione della composizione della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie. Le associazioni maggiormente rappresentative comunicano al Ministero della salute le designazioni di competenza.

Capo VI

Disposizioni transitorie e finali

ART. 16

(Commissione di amministrazione temporanea degli Ordini)

1. Con decreto del Ministro della salute, entro un mese dalla data di entrata in vigore del presente decreto, è nominata, per ciascuno degli Ordini, una Commissione straordinaria con l'incarico di amministrare gli Ordini e di gestire il bilancio provvisorio fino all'elezione dei Consigli direttivi.

2. La Commissione di cui al comma 1, formata da non meno di tre componenti è costituita da almeno un rappresentante per ciascuno degli albi facenti parte dell'ordine di cui trattasi

3. Per il reperimento dei fondi necessari la Commissione fissa l'entità del contributo a carico degli iscritti. L'elezione del Consiglio direttivo è indetta entro due mesi dalla data di entrata in vigore del regolamento di esecuzione **di cui all'articolo 17** del

presente decreto.

ART. 17

(Regolamento di esecuzione)

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, il Governo adotta un regolamento a norma dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, che disciplina:

- disposizioni relative alla tenuta degli albi, alle iscrizioni e alle cancellazioni;
- le sanzioni ed i procedimenti disciplinari, i ricorsi, la composizione e le modalità di funzionamento della Commissione disciplinare di cui all'articolo 4;
- la composizione, le attribuzioni e la durata degli organi collegiali degli Ordini e delle Federazioni, le modalità di elezione degli stessi nel rispetto dei criteri di democraticità e le incompatibilità;
- l'organizzazione degli Ordini a livello territoriale;
- le condizioni per l'iscrizione agli Albi di cui all'articolo 2, l'equivalenza dei titoli ai fini dell'iscrizione nonché la cancellazione dagli Albi.

2. Fino all'entrata in vigore del regolamento di cui al comma 1, si applicano, in quanto compatibili, le norme di cui al decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221 e successive modificazioni.

ART.18

(Gestioni previdenziali)

1. Per gli appartenenti agli Ordini delle professioni di cui al presente decreto sono confermati gli obblighi di iscrizione alle gestioni previdenziali previsti dalla normativa vigente.

ART.19

(Norme di rinvio)

1. Per quanto non espressamente previsto dal presente decreto, si applicano, in quanto compatibili, le norme di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233.

ART. 20

(Disposizioni finanziarie e clausola di salvaguardia)

1. Le spese di conversione e di funzionamento dei nuovi Ordini professionali e dei relativi Albi **di cui agli articoli 1 e 2 del presente decreto** sono a totale carico degli iscritti.

2. Le spese di istituzione e funzionamento delle Federazioni sono a carico dei rispettivi Ordini.

3. Dall'attuazione del presente decreto non possono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Collegi IPASVI della
Lombardia
INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA

Province di Como – Cremona – Mantova – Pavia
V.le Cesare Battisti, 8 - 22100 COMO - Tel. 031300218 Fax 031262538 -
E-mail: info@ipasvicomo.it



Prot. 196 /08 /i.11

Como, 23 GEN. 2008

Alla cortese attenzione:

Presidente e Comitato Centrale
Federazione Nazionale IPASVI

Presidenti Collegi IPASVI d'Italia

LORO SEDI

Oggetto : Proposte Collegi IPASVI Lombardi

I Collegi Ipasvi di Como, Cremona, Mantova e Pavia in relazione alla situazione infermieristica della propria Regione hanno elaborato e diffuso il documento allegato, quale strumento di analisi e riflessione sulle problematiche specifiche della Professione che rappresentiamo.

Tale documento è costituito da due parti, una prima di sintetica analisi critica del fenomeno "carenza infermieristica" ed una seconda relativa ad alcune possibili linee di intervento per valorizzare la professione infermieristica nell'ottica di un Servizio Sanitario Regionale di eccellenza e di qualità, quale vuole essere quello Lombardo.

Tali linee di intervento rappresentano degli spunti di riflessione da discutere approfondire e trasformare in specifici tavoli di confronto e/o atti concreti.

Pensando di fare cosa gradita e in relazione agli apprezzamenti ricevuti, abbiamo deciso di diffondere tale documento a tutti i Collegi per contribuire al dibattito e alla definizione di proposte concrete necessarie per garantire il servizio fornito dagli infermieri.

Ringraziamo fin da ora, coloro che ci forniranno idee e proposte che possono aiutare nel raggiungimento dell'obiettivo comune a tutti noi.

Cordiali saluti.

Il Presidente IPASVI Como
Stefano Citterio

Il Presidente IPASVI Mantova
Nicoletta Castelli

Il Presidente IPASVI Cremona
Roberto Verchia

Il Presidente IPASVI Pavia
Enrico Frisone

PROPOSTE PER LO SVILUPPO E LA VALORIZZAZIONE PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE

A cura dei Collegi IPASVI di Como, Cremona, Mantova e Pavia - dicembre 2007

Premessa

Il Servizio Sanitario Regionale per garantire e mantenere l'ecellenza dei servizi e delle prestazioni non può rinunciare a professionisti infermieri motivati, competenti e valorizzati nel loro ruolo anche in funzione dei dati epidemiologici e demografici caratterizzati da una crescita esponenziale delle c.d. malattie cronico-degenerative e degli anziani con conseguente aumento dei bisogni assistenziali.

Tutte le proposte elencate nel documento hanno la finalità di sviluppare e valorizzare la professionalità dell'infermiere quale elemento chiave per fornire a tutti i cittadini un servizio assistenziale sempre migliore dal punto di vista dell'efficacia e della efficienza.

Alcuni dati di contesto

Secondo una recente indagine¹ l'identikit degli infermieri è rappresentato da:

- una prevalenza del sesso femminile: circa l'80%;
- la metà circa ha un'età compresa tra i 30 e 39 anni, poco più di 1/4 ha tra i 40 e i 49 anni;
- la scolarità vede per il 65% il possesso del diploma di maturità;
- l'avvio dell'attività professionale avviene per la quasi totalità degli infermieri entro l'anno, con una media età di inizio lavoro pari a 22,7 anni;
- circa il 90% è lavoratore dipendente, con una limitata diffusione della libera professione, anche se in crescita negli ultimi anni.

Le stime circa il fabbisogno di Infermieri in Italia sono diversificate e si basano su dati forniti dalla Federazione Nazionale IPASVI e su stime effettuate considerando gli indici OCSE di riferimento relativi al numero di infermieri ogni 1000 abitanti che, per i paesi industrializzati, dovrebbe attestarsi intorno al 6,9 inf/1000 abitanti. L'Italia è tra i fanalini di coda attestandosi a 5,4 infermieri ogni 1000 abitanti, contro i 7,5 della Francia, i 7,9 degli USA e i 9,2 del UK e i 9,6 della Germania.

Tali indici ipotizzano una carenza di quasi 99.000 infermieri. Più realistica appare la carenza stimata dalla Federazione Nazionale IPASVI di oltre 60.000 unità.

Tab. 1: **ITALIA. Stima fabbisogno nuovi infermieri**

	Iscritti IPASVI	Stima Fabbisogno FN IPASVI	Dipendenti OCSE	Stima Fabbisogno OCSE
Nord Ovest	87.972	-22.237	60.170	-27.802
Nord Est	73.342	9.910	63.957	-9.385
Nord	161.314	-32.147	124.127	-37.187
Centro	67.006	-10.592	52.068	-14.938
Sud	76.860	-20.320	45.025	-31.835
Isole	37.093	-8.882	22.181	-14.912
Italia	342.273	61.117	243.403	98.870

(FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Collegi IPASVI, OCSE) dati 2004

Secondo queste stime, nelle Regioni del Nord Ovest la carenza di personale infermieristico è compresa tra le 22 e le 27 mila unità.

Considerando gli iscritti IPASVI e il n. di Abitanti della Regione Lombardia e confrontandoli con gli indici OCSE (**tabella 2**) la "carenza" di infermieri nella nostra Regione si attesterebbe intorno alle 16.000 unità.

Questi dati non tengono conto delle "migrazioni" tra le varie province e dell'apporto che danno gli infermieri iscritti in altri Collegi d'Italia ma che lavorano nelle strutture Sanitarie Lombarde stimati tra il 20 e il 30%.

Certamente il problema "carenza" è più evidente nella metropoli Milanese rispetto alle altre Province.

Tab. n. 2: **Rapporto Infermieri abitanti Regione Lombardia**

	infermieri iscritti IPASVI (nov.2007)	abitanti (dati 2006)	infermieri/ 1000 abitanti
BERGAMO	5.964	1.044.820	5,7
BRESCIA	7.173	1.169.259	6,1
COMO	3.158	560.941	5,6
CREMONA	2.449	349.374	7,0
LECCO	1.956	327.000	6,0
MANTOVA	2.558	390.957	6,5
MILANO LODI	19.720	4.472.264	4,2
Lodi		215.386	
PAVIA	3.540	518.768	6,8
SONDRIO	1.924	179.089	10,
VARESE	4.441	854.302	5,2
TOT. Regione	52.883	10.082.160	5,2
Indice OCSE	16.683		6,9

(Fonti www.ipasvi.it e wikipedia)

Alcune province di "confine", invece, subiscono l'attrazione di alcuni paesi esteri, in particolare la Svizzera, che non solo per le sue favorevoli condizioni economiche possiede una forte attrattiva per i professionisti infermieri.

Alcuni dati relativi agli Infermieri operanti in Svizzera, gentilmente forniti dall'Ufficio Statistiche Sanitarie di Bellinzona indicano che al 31.12.2006, gli infermieri che risultavano impiegati negli istituti sanitari del Cantone Ticino (ospedali, cliniche, e case per anziani) erano 3'039, di cui 1'120 frontalieri. Tra i frontalieri 1'099 sono di nazionalità italiana (322 uomini, 777 donne).

Se si escludono gli infermieri in formazione, questi numeri risultano rispettivamente: 2'895 impiegati, 1'081 frontalieri, di cui 1'060 frontalieri di nazionalità italiana.

Di conseguenza risulta che oltre 1.000 infermieri Italiani esercitano la professione nel Canton Ticino costituendo oltre il 36% di tutti gli infermieri ivi operanti.

L'affluenza annuale di "nuovi infermieri italiani in Svizzera" è tra le 50 e le 60 unità in questi ultimi anni. Va considerato che negli anni '90 l'affluenza era sempre compresa tra 150 e i 180 nuovi infermieri/anno provenienti dall'Italia che andavano a svolgere la propria attività in Svizzera. Questa differenza di flussi è lega-

¹⁾ P. Varani, S. Citterio, Indagine conoscitiva della situazione occupazionale e professionale degli infermieri nel territorio di Como, L'infermiere n. 31/2007

ta a diversi fattori, il più rilevante dei quali è costituito dall'aumentato numero di infermieri formati nel Canton Ticino.

Nonostante il deprezzamento dei Franco svizzero rispetto all'Euro lo stipendio medio di un infermiere Svizzero che varia tra i 4.800 e i 6.000 franchi al mese, risulta difficilmente confrontabile con quello di un infermiere assunto in Italia.

La carenza di infermieri rappresenta un "dato storico" della professione, che l'ha caratterizzata fin dai primi dei 900 e che periodicamente costituisce una criticità. Di conseguenza non sono accettabili analisi che identificano nel l'ali ungam ento formativo una delle ragioni sostanziali della c.d. "emergenza infermieri".

Secondo il rapporto OASI 2006, la carenza di personale infermieristico in Italia non sarebbe così drammatica come indicato da diverse stime effettuate partendo dalle carenze valutate negli organici delle aziende oppure da un confronto con gli indici statistici dei principali paesi Europei che vedono l'Italia tra i fanalini di coda nel rapporto infermieri per 1000 abitanti.

L'analisi dei Cergas Bocconi cerca di mettere in evidenza alcuni punti critici di queste stime circa l'attendibilità delle dotazioni organiche legate più a dati storici che a criteri metodologici rigidi, la reale confrontabilità tra gli indici dei diversi paesi considerando la variabilità delle figure professionali e le loro reali attribuzioni che attesterebbe la differente suddivisione del lavoro e renderebbe poco credibili i fabbisogni individuati, la difficoltà di alcune agenzie per il lavoro di trovare occupazione per i propri infermieri e, per finire il numero elevato di medici (rispetto alle altre nazioni - **tab 3**) che fa pensare che da noi si dedichino ad attività altrove svolte da infermieri.

Tab.3: Infermieri e Medici in attività per 1.000 abitanti

	Francia	Germania	Italia	Regno Unito	Stati Uniti
Infermieri	7,5	9,6	5,4	9,2	7,9
Medici	3,4	3,4	4,2	2,3	2,4

Fonte: OECD, citato nel rapporto OASI 2006

Nonostante tutte queste critiche anche l'analisi della Bocconi evidenzia una carenza effettiva di infermieri, spingendosi anche a possibili spiegazioni:

- livelli retributivi insufficienti;
- status professionale che risente di alcuni caratteri propri dell'origine della professione: femminile, "vocazionale" e subordinata al medico;
- condizioni di lavoro caratterizzate da turni, alto coinvolgimento (rischio burn-out), ritmi crescenti;
- scarsa sostituibilità tra le diverse professioni, che limita l'efficienza;
- i cambiamenti nei bisogni e nelle richieste dell'utenza;
- la crisi della famiglia tradizionale con aumento delle donne lavoratrici e riduzione della offerta di assistenza familiare.

A queste motivazioni della carenza possiamo aggiungere anche:

- gli attuali modelli organizzativi, impostati su di un criterio Tayloristico piuttosto che di valorizzazione professionale;
- lo scarso riscontro di responsabilità effettivamente riconosciute agli infermieri e, parallelamente, la difficoltà a farsene carico;
- la difficoltà da parte degli infermieri a delegare attività ad altre figure;
- la difficoltà a dimostrare e contabilizzare gli effettivi risultati dell'assistenza infermieristica;
- la scarsa diffusione della ricerca infermieristica.

LINEE DI INTERVENTO

Dopo questa breve analisi si propongono alcune linee di intervento possibili per garantire lo sviluppo e la valorizzazione della professione infermieristica.

1. Eccellenza nella formazione e corretta programmazione del fabbisogno formativo infermieristico

- Occorre **puntare sulla ECCELLENZA delle sedi formative** incrementando le risorse dedicate e i posti disponibili nelle singole sedi senza far crescere a dismisura le sedi formative evitando di riproporre il vecchio modello Regionale (una scuola per ogni Ospedale). Le sedi formative dovrebbero **sviluppare non solo la didattica ma anche la ricerca** infermieristica. Per questo occorre mantenere i numeri chiusi nei corsi di laurea, come presupposto alla qualità formativa.

- **Applicazione del protocollo d'intesa Regione Università** (DGR n. VII/20950 del 16/02/2005) che rappresenta un punto importante per garantire la qualità formativa e il suo monitoraggio.

- **La valorizzazione di coloro che lavorano nelle sedi formative** (Coordinatore e Tutor) che pur avendo un funzione significativa per tutto il sistema in realtà spesso non hanno riscontri economici reali, secondo quanto affermato nel protocollo d'intesa citato e nella oramai famosa Circolare 15 San del marzo 2005.

- **Incentivare le iscrizioni ai corsi di laurea con campagne pubblicitarie** rivolte a studenti delle scuole superiori che hanno dimostrato al loro validità e importanza.

- **Ridurre il Costo della formazione per gli studenti** continuando con l'erogazione dell'assegno agli studenti per il passaggio dal primo al secondo anno ed incrementando le borse di studio ai meritevoli e legate al reddito.

- **Laurea Magistrale**: particolare criticità riveste il fabbisogno di questi laureati che deve inserirsi in un complessivo integrazione di questi professionisti nelle organizzazioni sanitarie ai diversi livelli di responsabilità.

2. Rafforzare le competenze infermieristiche e trasferire attività improprie ai soggetti deputati

- **Rivisitare la suddivisione del lavoro nelle U.O.** promuovendo modelli che personalizzano l'assistenza infermieristica.

- Sostenere **sperimentazioni di U.O. a Direzione Infermieristica** dove premiare la qualità dell'assistenza e non solo il risparmio di risorse.

- **Sostenere l'introduzione dell'infermiere di famiglia, figura prevista dal documento Salute XXI dell'OMS e dalla dichiarazione di Monaco condivisa da tutti i Ministri della Sanità dei Paesi europei, quale elemento di valorizzazione dell'infermiere e punto di svolta per incentivare l'assistenza territoriale.**

- **Incentivare l'inserimento lavorativo degli OSS** come elemento di valorizzazione della funzione di pianificazione e gestione della attività assistenziale svolta dagli infermieri

- **Realizzare strumenti per la programmazione dei fabbisogni e la valutazione della qualità della formazione di questi operatori (OSS).** Spesso i percorsi formativi non hanno garantito qualità ma sono stati vissuti come una progressione contrattuale più che una effettiva crescita lavorativa e dell'organizzazione in genere.

Attualmente **non si** ravvede la necessità di procedere all'attivazione della formazione complementare dell'OSS che, oltre a creare ulteriore confusione organizzativa non risolve la vera necessità (all'infermiere serve un aiuto per l'assistenza e non per le terapie).

Va considerato inoltre che una recente ricerca² ha reso evidente che l'inserimento effettivo degli OSS, sia in ambito Ospedaliero che Territoriale non è ancora realizzato pienamente. Ciò che è prioritario è dunque la condivisione di metodi e strumenti per una effettivo inserimento lavorativo degli OSS.

3. Miglioramento delle condizioni Contrattuali

La revisione delle RAR per il 2008 come definito nell'accordo recente è un passo che accogliamo con favore e certamente apprezzabile sotto il profilo delle risorse complessive messe a disposizione. Va chiarito che non risolve la questione dei salari degli infermieri, specie se confrontati con quelli di altri stati confinanti. Va considerato, inoltre, che si tratta di risorse non "strutturali" della retribuzione e che vengono contrattate annualmente. Non ci spaventa l'idea del **contratto Integrativo Regionale**, proposta recentemente dal Presidente Formigoni che può avere certamente dei risvolti importanti a patto che:

- venga mantenuto il riferimento ad un contratto quadro nazionale;
- si preveda la permanenza in Regione per almeno 5 anni;
- premi tutti gli infermieri e non solo alcuni di essi: il disagio va giustamente premiato economicamente ma non può costituire l'unico criterio di accesso al beneficio economico;
- introduca elementi di valorizzazione del merito e della professionalità dimostrate;
- tenga in debito conto le criticità delle diverse professioni ipoteticamente coinvolte. Il contratto integrativo Regionale è certamente da preferire ad altre soluzioni tipo l'indennità di Confine ipotizzata per le province confinanti con la Svizzera, che deve essere concepita come una espressione del contratto integrativo stesso.

Sviluppare l'applicazione della Legge 251/2000 con conferimento di incarico per una direzione infermieristica articolata su strutture semplici e complesse nelle Aziende Sanitarie come indicato anche nella circolare 15 San del marzo 2005.

Ulteriori spinte per affrontare in modo sistematico tale questione sono costituite dalla recente approvazione, nell'ambito della conferenza Stato Regioni, della normativa concorsuale relativa all'articolo 6, comma 2 della legge in questione e l'accordo regionale sul precariato.

Tutto ciò deve **influenzare il fabbisogno dei Laureati Magistrali**.

4. Incentivare e valorizzare lo sviluppo di carriera

In particolare **vanno valorizzati i Coordinatori**, sui quali il sistema organizzativo tende a scaricare tutta una serie di problematiche (rilevazione di flussi informativi, disfunzioni del sistema,...) e che assieme ai Dirigenti di II livello rappresentano il punto cruciale dell'organizzazione.

Va proposto un **fabbisogno di master clinici correlato alle reali esigenze organizzative e ai bisogni di salute emergenti (cronici, anziani,...)**. I Master specialistici devono rimanere preferenziali, come indicato nel articolo 1, comma 7 dei DM 739/1994, ma vanno valorizzati economicamente.

Sempre di più si proporrà il problema di rendere compatibile l'attività lavorativa con la frequenza a questi corsi. Va trovata una soluzione che mantenga alta la qualità formativa e riduca le assenze dal servizio. (incentivo della FAD, riconoscimento reciproco dei tirocini come attività lavorativa?)

Va considerato che, secondo alcune statistiche rese note dalla FN IPASVI, sono più di 5.000 gli infermieri che si sono iscritti a un master di primo livello dal 2002 al 2006 e che l'offerta formativa è rappresentata da un totale di 170 corsi attivati.

5. Introdurre nei LEA l'assistenza infermieristica

Ciò consentirebbe di aprire Ambulatori Infermieristici con una contabilizzazione autonoma e potrebbe incentivare una reale Libera professione Infermieristica. Quella che viene praticata oggi è in realtà solo attività di supporto al Medico, anche se viene chiamata libera professione. La Regione potrebbe sostenere la trasformazione delle prestazioni aggiuntive in attività libero professionale.

Rilanciamo con forza il **superamento della incompatibilità dell'esercizio della libera professione per i pubblici dipendenti** quale elemento di vera valorizzazione della professione infermieristica.

6. Proporre bandi per sviluppare la ricerca infermieristica

Ci sono già bandi e finanziamenti di progetti di ricerca a cui possono partecipare anche gli infermieri ma l'emanazione di un bando specifico renderebbe la questione più appetibile e praticabile dando impulso ad un settore che è cresciuto molto negli ultimi anni ma che richiede forti investimenti anche in termini culturali.

CONCLUSIONI

L'intento di questo documento è quello di coinvolgere tutti i soggetti interessati, in primo luogo le istituzioni Regionali preposte ma anche l'intero gruppo professionale, i sindacati e le parti sociali in un dibattito costruttivo, raccogliendo ulteriori pareri, riflessioni, critiche o suggerimenti per tradurre in atti concreti e tangibili queste proposte.

Come anticipato in premessa i cittadini lombardi non possono rinunciare a professionisti infermieri motivati, competenti e valorizzati nel loro ruolo considerando le ricadute che ciò può avere per l'intero sistema Salute della Regione.

² S. Citterio, O. Ronchetti, D. Valle, *Indagine conoscitiva sull'utilizzo delle figure di supporto all'assistenza infermieristica nelle strutture sanitarie della Provincia di Como*, Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche n. 5/2007

IL COLLEGIO E GLI ISCRITTI

■ Michela Massaro *

Tabella incontri presso
AO Provincia Pavia

SEDE	DATA
VARZI	30/10/2007
BRONI - STRADELLA	07/11/2007
VIGEVANO	Annulata
MORTARA	16/11/2007
VOGHERA	21/11/2007
MEDE	28/11/2007

Parlo come consigliera che ha avuto l'occasione di partecipare a due dei sei incontri, tenuti dal Collegio presso l'Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia, con l'obiettivo di incontrare i colleghi nel loro ambiente di lavoro e discutere con loro delle problematiche che riscontravano nella realtà operativa.

Gli incontri fatti, sono stati per me una bella occasione di confronto con i colleghi che vivono realtà diverse dalla mia.

Il confronto è stato spesso caratterizzato da un dialogo dai toni polemici; ho visto colleghi arrabbiati, costantemente a disagio nella condizione in cui lavorano, pronti a scagliarsi contro il Collegio con l'accusa di inadempienza al suo ruolo istituzionale.

Da tutto ciò è emersa in realtà una profonda "ignoranza" (intesa come scarsa conoscenza) di molti su quale sia il ruolo del Collegio nella sua vita professionale, che spesso viene confuso con un sindacato ed è risultato lampante che il malcontento degli infermieri oltre ad essere davvero diffuso, è spesso nominabile anche come "frustrazione professionale", che ha forse radice in un sistema sanitario che da sempre "pasticcia" con la nostra professione, talvolta riconoscendone il valore correttamente e gratificando il professionista, talvolta travisandone l'essenza, minando così l'identità della professione stessa.

Di contro, il percorso formativo pone gli strumenti per la nascita e lo sviluppo di un professionista a tutti i livelli: ma tutto questo ha il sapore dell'astratto se lo si rapporta a quello che accade sui luoghi di lavoro.

Ed ecco che a girare per ospedali si trovano infermieri calcificati sulle convinzioni di 20 anni fa poco propensi a modificare il proprio agire e pensare, come se in medicina, e quindi a contatto con l'essere uma-

no, tutto rimanesse sempre invariato. Si trovano giovani infermieri che anziché mettere a disposizione della professione, e di riflesso, non dimentichiamolo, del malato, una migliore formazione intellettuale, sembrano preferire di "non mettere le mani in pasta nel quotidiano lavorativo", come se la medicina e la nostra professione non necessitassero continuamente di riaffermare la propria ragion d'essere.

All'inizio presumevo di parlare come consigliera del Collegio; in realtà, mi rendo conto di aver parlato da infermiera, perché è ciò che sono prima di tutto io, come tutti coloro che come me tentano di coinvolgersi maggiormente nella vita professionale, magari riuscendoci anche male, ma a partire dal desiderio di conoscere e vivere meglio il proprio professione.

Tale coinvolgimento non è solo adesione alla vita attiva e concreta del nostro Collegio - che in ogni caso aiuta! - ma soprattutto è cultura; non credo ci sia parola più adeguata di questa: "cultura professionale", cioè lo sviluppo della conoscenza di ciò che abbraccia la nostra professione. Tale sviluppo si attua solo se ciascun professionista aggiunge con il suo vivere ed operare quotidiano il proprio apporto alla professione cosicché nel tempo essa possa affermarsi ed essere riconosciuta per ciò che realmente vale.

Colgo l'occasione per ringraziare i colleghi che hanno partecipato a questi incontri permettendoci, così, di poterci confrontare con loro e a quei colleghi che mi sono stati maestri e quelli che sono autenticamente testimoni con il loro impegno professionale, a vari livelli, nei luoghi più disparati e rinnovo il mio desiderio di contribuire a far conoscere la bellezza della professione infermieristica, più che mai convinta che l'infermiere porti in sé un'identità insostituibile.

L'autore

* Infermiera - Consigliera

IL NOSTRO SITO www.ipasvipavia.it

■ Gabriele Cancio *

Chi scrive è Gabriele Cancio, infermiere iscritto a questo Collegio nonché "dilettante" (e lasciatemi usare questo termine) webmaster del sito del Nostro Collegio di Pavia.

Come sempre e' mia consuetudine fare tutte le sere, fumando un buon sigaro toscano, proprio nella giornata del 10 febbraio 2008 mi sono recato a vedere gli accessi al sito e con mio grande stupore ma con anche un pizzico di orgoglio ho notato proprio in fondo alla home page che il numero dei visitatori aveva raggiunto quota 20209!!!! Si si avete letto bene 20209!!!!

Non ci volevo credere, forse perché sono anche un pochettino miope, ma sarà vero mi chiedevo, questo nostro sito cresciuto negli anni a poco a poco e' riuscito a farsi notare ma soprattutto diventa-

re uno strumento importante per tutti noi operatori del settore.

Non ho la presunzione di affermare che sia molto bello graficamente o di riportare in maniera quasi svizzera tutte le news del mondo infermieristico in questione, ma a detta di molti, e questo mi ha sempre inorgogliato, molto utile per gli sviluppi e aggiornamenti della professione.

Non voglio dilungarmi troppo in questa mia breve lettera aperta a tutti ma qualcuno devo ringraziare se il sito ha raggiunto questa quota.

Prima di tutti il nostro Presidente ed anche Direttore Responsabile Enrico, che mi ha sempre spronato ad andare avanti e che qualche anno fa mi ha convinto a prendere per mano la costruzione dello stesso dopo che vi erano stati forti polemiche e contrasti in seno al gruppo di lavoro e di renderlo il più semplice e accessibile alla comunità infermieristica; vorrei inoltre ringraziare un caro collega Luca Littarru che mi ha insegnato i primi rudimenti su come si costruisce un sito, senza di loro non credo che lo avrei fatto e che sarei diventato webmaster.

Inoltre grazie a tutti voi che ogni giorno per qualsiasi motivo lo andate a visitare e spero possa veramente servire come valido strumento nel nostro ambito.

GRAZIE DI CUORE

Collegio IPASVI Pavia



 **NUOVE REGOLE ECM - ISTRUZIONI PER L'USO**

GRAZIE A TUTTI!!!

Publichiamo la lettera di un iscritto e la risposta del nostro Presidente

Sviluppo e Valorizzazione professionale

Nota accompagnamento Dirigenti

IL GOVERNO HA ABOLITO, PER GLI INFERMIERI, IL DIRITTO AL RIPOSO

Giornata Internazionale dell'Infermiere (sono arrivati gli attestati del corso del 12/05/07 tenutosi c/o l'ASL di Pavia - gli attestati possono essere ritirati in collegio)

Carta Regionale dei Servizi

Testo Integrale Legge 43/06

Sanità News



SiCure è un corso Fad promosso dal Ministero della Salute, in collaborazione con Fnomceo e Ipasvi. Affronta il tema della SICUREZZA DEI PAZIENTI E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO. Viene proposto attraverso Internet, è gratuito ed attribuisce 20 crediti agli iscritti che avranno frequentato le lezioni sul web e superato con successo i relativi test



Gli orari di apertura al pubblico sono i seguenti:

Lunedì e Giovedì 13.30 - 16.30

Martedì e Venerdì 09.00 - 12.00

Mercoledì chiusura totale

e-mail : info@ipasvipv.it

L'autore

* Infermiere
Webmaster



Aggiornamento



IN ITALIA ANDATA

■ Silvia Giudici *

LOMBARDIA E DINTORNI

La gestione infermieristica delle terapie infusionali in pazienti con malattie infiammatorie immuno-mediate

Brescia, 17-18 marzo 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: gratis

Tel: 051236895; fax: 0512916933

email: info@fc-eventi.com

Course in Advanced Cardiac Care of Nursing Life Support ACCNLS-N.O.E.

Seveso (Milano), 3-4 aprile 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: 135,00

Tel: 029954255; fax: 029954255

email: miangill@tin.it

Il rischio clinico nella pratica infermieristica

Varese, 4 aprile 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: gratis

Tel: 0332310950; fax: 0332311591

email: segreteria@ipasvivarese.it

8° Corso teorico pratico di nutrizione artificiale enterale-parenterale

Milano, 5 aprile 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: 100,00

Tel: 0264442839; fax: 0264442593

email: info@asern.it

La malattia oncologica nell'età geriatrica

Pavia, 5 aprile 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: gratis

Tel: 0229534181; fax: 0229532309

email: segreteria@tcccompany.it

Chirurgia endoscopica ginecologica

Milano, 7-8-9 aprile 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: 400,00

Tel: 0289078201; fax: 0289078200

email: info@altis-formazione.it

Le lesioni cutanee nell'emergenza: ferite traumatiche e ustioni

Pavia, 9 aprile 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: 110,00

Tel: 0533713275; fax: 0533717314

email: info@formatsas.com

L'infermiere e la libera professione: un'avventura nuova e possibile

Lecco, 10 aprile 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: 20,00

Tel: 0341350102; fax: 0341351357

email: info@ipasvilc.it

La convenzione di Oviedo dieci anni dopo: stato dell'arte in Italia

Brescia, 10 aprile 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: 36,00

Tel: 0302092805; fax: 0302097582

email: info@euridice.biz

Gruppo, gruppo di lavoro, lavoro di gruppo

Milano, 16-17 aprile 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: 150,00

Tel: 0270127021; fax: 0270127022

email: at.mi@centropsi.it

Update in anestesia generale e loco-regionale: il trattamento anestesilogico nell'anziano

Milano, 18 aprile 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: gratis

Tel: 022159102; fax: 0221598788

email: info@easycongress.net

Assertività : espressione della mente relazionale

Milano, 18 aprile 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: 270,00

Tel: 0272345701; 0272345706

email: formazione.permanente-mi@unicatt.it

I piani di assistenza infermieristica clinica nelle malattie gastrointestinali

Torino, 6-7 maggio 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: 190,00

Tel: 0555047050; fax: 0555088076

email: governance-pa@governance-pa.it

Il tocco massaggio

Torino, 7-8-9 maggio 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: 310,00

Tel: 0115604219; fax: 0115113545

email: segreteria@cespi-centrostudi.it

I piani di assistenza infermieristica clinica nelle malattie metaboliche ed endocrine

Torino, 8-9 maggio 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: 190,00

Tel: 0555047050; fax: 0555088076

email: governance-pa@governance-pa.it

Il trattamento del dolore post operatorio

San Donato (Milano), 19 maggio 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: gratis

Tel: 0252774324; fax: 0252774658

email: uff.infermieri@grupposandonato.it

Intelligenza emotiva, saper gestire le proprie emozioni

Milano, 23-24 maggio 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: 270,00

Tel: 0272345701; fax: 0272345706

email: alessandra.prodezza@unicat.it

Il ruolo dell'infermiere nella ricerca clinica

Torino, 26 maggio 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: 115,00

Tel: 0115604219; fax: 0115113545

email: segreteria@cespi-centrostudi.it

Prendersi cura del malato con Alzheimer

La Spezia, 30-31 maggio 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: 50,00

Tel: 0187575177; fax: 0187283942

email: ipasvisp@cdh.it

Corso formazione istruttori base-ciba

Bologna, 10-11 giugno 2008

Ecm: evento in fase di accreditamento

Euro: 411,00

Tel: 0514132024; fax: 0516421824

email: l.depadova@118er.it

Il dolore e le lesioni cutanee

Pavia, 18 giugno 2008

Ecm: contattare segreteria organizzativa

Euro: 110,00+IVA

Tel: 0533713275; fax: 0533717314

email: info@formatsas.com

L'autore

* Infermiera - Neuroriabilitazione
Fondazione Salvatore Maugeri - Pavia

LE NUOVE REGOLE ECM

Relazione corso aggiornamento ECM tenutosi nel mese di gennaio 2008 a Roma

■ Enrico Frisone *



La relazione della Dr. Linetti ha nella prima parte esposto le nuove regole per la formazione continua di medici e degli operatori sanitari.

A partire da una nuova 'sede' per la Commissione nazionale Ecm, ospitata dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr), e dalla chiara indicazione delle competenze regionali.

E' previsto anche il 'dossier formativo del professionista' e due anagrafe ad hoc che certificano i crediti formativi, una regionale e una nazionale.

Persino 'corsi di recupero' presso gli Ordini professionali, per chi non ha raggiunto il numero di crediti necessario, su etica e deontologia.

Maria Linetti, direttore dell'ufficio per la formazione del Ministero della Salute, a nome del presidente della commissione paritetica, Ivan Cavicchi, consigliere del ministro della Salute.

Un progetto in molte parti condiviso da professionisti, Governo e Regioni, ma con qualche difficoltà: il nodo politico sulle competenze, le professioni chiedono più partecipazione e le Regioni restie a perdere autonomia decisionale.

La 'ristrutturazione' del sistema ha previsto lo spostamento della Commissione nazionale Ecm - che avrà un suo Osservatorio e un suo segretariato nazionale - all'interno della Assr. Mentre, come organo consultivo della Commissione, sarà convocata, a scadenze fisse una Consulta nazionale, formata da:

- ☞ organizzazioni sindacali,
- ☞ società scientifiche,
- ☞ provider,
- ☞ associazioni di tutela dei malati.

La Commissione nazionale Ecm, poi, sarà subordinata alla Conferenza Stato-Regioni solo per approvare il piano nazionale sulla formazione; esprimere

pareri sugli obiettivi nazionali; approvare il rapporto annuale sullo stato della formazione Ecm; approvare le determinazioni che sono prescrittorie per le Regioni.

Per tutti gli operatori sanitari è previsto un 'dossier formativo del professionista', messo a punto insieme dagli Ordini professionali (o insieme al dipartimento di appartenenza), che sarà realizzato su obiettivi differenziati:

- ☞ nazionali (20 per cento),
- ☞ regionali e aziendali (50 per cento),
- ☞ obiettivi individuali (30 per cento).

La fad potrà essere inserita nella formazione e, a differenza di quanto indicato, la percentuale sarà indicata in tempi successivi (forse non oltre il 20 %).

Per fad si intende:

- ☞ DVD;
- ☞ collegamento a distanza;
- ☞ invio riviste;
- ☞ screening

Il dossier formativo è strutturato sul triennio e, prevalentemente deve, riguardare la professione svolta.

I professionisti che hanno conseguito in eccedenza dal 2004 al 2007 possono trasferirne un massimo di 60 nel periodo dal 2008 al 2010 e conseguirne almeno 90 per tale periodo.

Coloro che sono in difetto o del tutto sprovvisti devono conseguirne 150 sui 3 tre anni. L'acquisizione di crediti serve per:

- passaggi di carriera,
- partecipazione a concorsi;
- implementazione del curriculum personale

Per certificare i crediti ottenuti, poi, non ci saranno solo attestazioni ma ben due anagrafe, una nazionale e una regionale, interconnesse tra loro.

L'anagrafe, coordinata da Ordini e Col-

legi, sarà un'evoluzione dell'attuale Cogeaps (Consorzio gestione anagrafe sanitarie) e sarà in grado di distinguere i diversi crediti per obiettivi.

Importante il provider rilascia i crediti ma sono ordini e collegi che li certificano perciò, gli iscritti devono comunicare direttamente alle segreterie i crediti conseguiti nei corsi.

La certificazione rilasciata avrà anche una valenza pratica. Nel caso in cui il professionista non abbia raggiunto i crediti necessari, l'Ordine, può fare dei veri e propri corsi di 'recupero' sulle materie per le quali ha competenza: etica e deontologia.

Le aziende hanno a disposizione per la formazione l'1% del monte salari e possono utilizzare tali somme per la formazione interna

Accreditamento provider

I provider passeranno dagli attuali 14000 al circa 6500.

I criteri richiesti sono indicativamente:

- ☞ tre anni di esperienza nel campo della formazione
- ☞ capacità strutturali (sede, strumenti, personale etc)
- ☞ responsabile della formazione
- ☞ comitato scientifico costituito da esperti che potrà essere implementato da specialisti esterni
- ☞ certificazione di qualità o altro strumento che comprovi la metodologia di lavoro

I provider potranno essere accreditati sia a livello nazionale che regionale.

Gli eventi accreditati a livello regionale potranno essere svolti solo in ambito regionale.

L'autore

* Presidente Collegio IPASVI di Pavia



IPASVI

Assemblea annuale

1° Convocazione 6 aprile 2008 alle ore 23.00 in Via Volta,25 - Pavia

2° convocazione

Martedì 8 aprile 2008

ore 15,30

Nuove regole ECM

Aula Corsi Collegio IPASVI

Via Volta, 25 - Pavia

Collegio
Infermieri
Professionali

Assistenti
Sanitari

Vigilatrici
d'Infanzia

della
Provincia di
Pavia

ORDINE DEL GIORNO:
RELAZIONE DEL PRESIDENTE
CONTO CONSUNTIVO 2007
RELAZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI
PROGRAMMA 2008
CONTO PREVENTIVO 2008



DELEGA (si ricorda che ciascun iscritto no può presentare più di due deleghe)

Nome e Cognome del delegante

n° iscrizione all'Albo Professionale

delego, accettandone le decisioni, l'iscritto

data firma