



Professione Infermiere

Notiziario dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Trento

Anno 23 - Numero 1 Marzo 2024 - Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% NE/TN





PROFESSIONE INFERMIERE

Periodico dell'Ordine delle
Professioni Infermieristiche di Trento

Anno 23 - Numero 1
Marzo 2024

Registrazione Tribunale di Trento
n. 1062 del 17/10/2000

Redazione:
via Maccani 211 - 38121 Trento
tel. 0461/239989
fax 0461/984790
www.opi.tn.it
info@opi.tn.it

Direttore responsabile:
Daniel Pedrotti

Coordinamento editoriale:
Nicola Maschio

Fotografia:
Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Trento e Autori
Alessandro Eccel

Grafica e stampa:
Grafiche Dalpiaz Srl

Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale
70% NE/TN

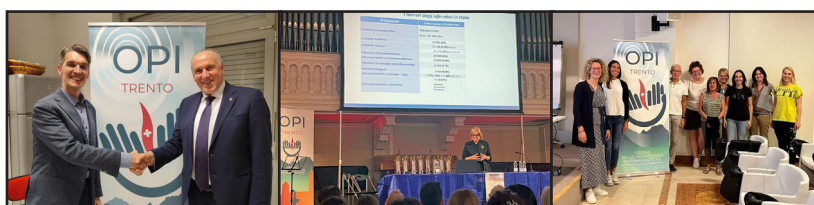
Sommario

EDITORIALE

Carenza di infermieri: passare dalle parole ai fatti 3

EDITORIALE

Dalle politiche assistenziali al welfare di comunità. Traiettorie per un sistema integrato 7



> pag. 14

> pag. 32

> pag. 38

EDITORIALE

L'importanza della specificità pediatrica e del prendersi cura in modo mirato 11

INTERVISTA

Priorità per il sistema salute trentino: incontro in Ordine e intervista all'assessore provinciale alla salute Mario Tonina 14

APPROFONDIMENTO

Aggressioni fisiche e verbali: servono azioni di prevenzione e contrasto. Dati ed esperienze di infermieri e medici 22

ATTIVITÀ OPI

Giornata internazionale dell'infermiere 2023: "Arte e scienza in evoluzione" 32

ATTIVITÀ OPI

Assemblea generale iscritti: servono interventi concreti nel sistema sanitario provinciale 35

PROGETTI

OPINCONTRA: un confronto con gli iscritti sul territorio 38

PROGETTI

Infermiere di Famiglia e Comunità: progetto di sviluppo nella Provincia Autonoma di Trento 40

PROGETTI

Scuole secondarie di secondo grado: progetto con orientamento alle professioni per la salute 51

NEWS

Il Direttore assistenziale è realtà anche in provincia di Trento 53

Carenza di infermieri: passare dalle parole ai fatti



a cura di **Daniel Pedrotti** - Presidente OPI Trento

Si parla ormai da tempo della **carenza di operatori sanitari**, ed in particolare di infermieri: le cifre variano in base alle fonti ma sostanzialmente, **mancano all'appello circa 60 mila infermieri in Italia** e **circa 450 in provincia di Trento**, comprese le necessità per garantire gli standard dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022. Lo studio nazionale **BENE** (Benessere degli Infermieri e staffing sicuro negli ospedali), realizzato dall'Università di Genova con il sostegno della Federazione nazionale degli infermieri (FNOPI), evidenzia che il **59%** degli infermieri in servizio negli ospedali italiani è **molto stressato**, il **36%** sente di **non avere il controllo sul proprio carico di lavoro**, mentre il **45.2%** esprime l'intenzione di lasciare entro il prossimo anno l'ospedale a causa dell'**insoddisfazione lavorativa**. A questo si aggiunge che il **46%** (cioè **duemila infermieri**) degli iscritti all'Albo della nostra provincia ha un'età compresa fra i 46 e 60 anni, con una proiezione di un'uscita dalla professione per pensionamento di **1.300 infermieri nei prossimi 10 anni** (130-135 all'anno). Inoltre, a livello nazionale nell'A.A. 2023/2024



Daniel Pedrotti

Foto di Alessandro Eccel

la riduzione di domande per l'accesso alla Laurea in Infermieristica è stata mediamente del **10,5%**, e in alcuni Atenei le domande non hanno coperto neanche i posti disponibili.

In Italia mancano 60mila infermieri, 450 in Trentino. Nei prossimi dieci anni ne andranno in pensione 1.300, mentre nell'ultimo anno le iscrizioni ai corsi di laurea sono calate del 10,5%

In Italia il dibattito è paralizzato alla constatazione di carenza, e non si sta facendo molto per rendere il sistema sanitario più attrattivo per la professione (il vero problema!).

Più che di carenza di infermieri, si dovrebbe piuttosto parlare di **carenza di ospedali, RSA, Strutture territoriali che offrono un ambiente di lavoro sicuro, stimolante sul piano delle opportunità di carriera e in generale salari adeguati e incentivi.** Anche i miglioramenti economici offerti sono, alla fine, poca cosa. È frustrante sentire continuamente che la professione "non attrae". **Non è la professione che non attrae, ma è il sistema sanitario che non è attrattivo per la professione infermieristica.** Sono primariamente le condizioni di lavoro a determinare la carenza di infermieri. I giovani non sono affatto persone in fuga dalla povertà in cerca di stabilità. Al contrario, scelgono la professione e sono interessati alla specializzazione.

Le fragilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale e Provinciale, che sono sotto gli occhi di tutti, rafforzano la **necessità urgente di investire nella professione infermieristica** e più in generale nelle professioni sanitarie e in modelli organizzativi innovativi per continuare a garantire la

tutela del diritto alla salute dei cittadini e affrontare le sfide del futuro.

È frustrante sentir parlare di una professione che non attrae: è il sistema sanitario che non è attrattivo. In Italia su questo non si sta facendo nulla: il dibattito è paralizzato

Con un sistema salute senza infermieri e quei "pochi" stressati e demotivati, si pone a rischio l'articolo 32 della Costituzione. **Le politiche del personale sono centrali per rendere operative e funzionanti le strutture del nostro Sistema sanitario provinciale.** Per garantire l'assistenza serve **personale adeguato** per numero e competenze, motivato ed in numero sufficiente a garantire un'assistenza sicura. La letteratura scientifica conferma, infatti, la relazione fra "dose" quanti-qualitativa di assistenza infermieristica, intesa come adeguato rapporto numerico infermiere/paziente e livello di qualificazione, con la sicurezza e con migliori esiti di salute dei pazienti.

Anche per l'Organizzazione Mondiale della Sanità i **professionisti sanitari sono la spina dorsale della sanità** su cui investire per contribuire al mantenimento dello stato di salute, al raggiungimento degli obiettivi di **sviluppo sostenibile** e alla **crecita economica** del Paese e quindi del nostro Trentino.

È vero che la **situazione complessiva è preoccupante**, ma le **soluzioni proposte finora sono solo sintomatiche e non cu-**

native. Invece, è necessaria un'analisi razionale e scientifica che collega i diversi fenomeni di crisi in una visione globale e mira a un cambiamento del paradigma del sistema sanitario nel suo complesso. **Abbiamo bisogno di terapie che vadano oltre il tamponamento dei sintomi.** È necessario associare **strategie concrete per attrarre giovani** verso la professione infermieristica e **trattenere i professionisti nel sistema sanitario** pubblico provinciale.

La situazione è preoccupante: per questo, servono terapie che vadano oltre il tamponamento dei sintomi. I professionisti sanitari sono la spina dorsale della sanità

In Provincia sono state attivate delle strategie importanti come il percorso nelle scuole secondarie di secondo grado ad orientamento alle Professioni per la salute, l'attivazione della Laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche ad orientamento cure primarie e infermieristica di famiglia e comunità, il riconoscimento delle funzioni specialistiche. Tuttavia, come afferma la letteratura scientifica, **bisogna essere più incisivi attraverso norme e investimenti strutturali** per aumentare l'immagine sociale degli infermieri.

Occorre rendere attrattivo il Sistema sanitario e socio sanitario della Provincia di Trento: a questo proposito, le terapie che proponiamo sono chiare.

In primo luogo è necessario **assicurare condizioni di esercizio professionale** affin-

ché gli infermieri, a tutti i livelli, possano dedicarsi appieno ai propri ambiti di competenza e autonomia professionale, in un **clima sicuro, stimolante e flessibile**. È altresì necessario introdurre nella definizione degli organici il concetto di **rapporto infermiere/paziente** e sostenere **organici infermieristici adeguati**, basati sugli standard della letteratura, per garantire sicurezza e qualità delle cure in RSA, negli ospedali e sul territorio.

Altro tassello fondamentale è un investimento convinto nella **formazione infermieristica** e sugli infermieri **formatori** (dirigenti, coordinatori, tutor) per continuare a garantire la qualità dei nostri infermieri del futuro.

L'attrattività del sistema salute per gli infermieri implica di associare interventi decisi per elevare le **retribuzioni**, affinché siano coerenti con le responsabilità assunte e la media europea, oltre che di garantire **percorsi di carriera** attraverso l'espansione delle posizioni dirigenziali nelle aree della clinica, della formazione e dell'organizzazione e il **potenziamento delle posizioni di infermiere specialista**. Alla competenza va dato valore: i giovani si aspettano percorsi di crescita professionale specialistici nella disciplina infermieristica e di **essere riconosciuti nel sistema come infermieri specializzati**.

Serve assicurare un clima di lavoro sicuro e stimolante, organici adeguati, investire nella formazione e sulle retribuzioni, ma anche garantire percorsi di carriera

Nel solco del necessario e urgente riconoscimento delle specializzazioni, serve intervenire sulla norma per istituire la **branca di specializzazione infermieristica** e quindi autorizzare gli infermieri a **prescrivere ausili e presidi**, come strumento per applicare le competenze specialistiche, come già accade in altri Paesi Ue. In una visione più di sistema è necessario associare un cambiamento di paradigma basato sulla **prevenzione** e su una **presa in carico di iniziativa e prossimità**, sostenendo **modelli professionali e assistenziali innovativi** e coerenti a misura dei bisogni emergenti dei cittadini, che considerano l'evoluzione e la specificità degli infermieri in un approccio ad autentica multi professionalità. Ad esempio è urgente mettere a terra **l'infermiere di famiglia e comunità** come da recente delibera della GP n. 1911/2023, definire modelli che riconoscono l'autonomia e la specificità degli infermieri sul territorio, l'ospedale (ad esempio See and Treat in pronto soccorso) e nelle RSA.

Inoltre per contribuire alla governance del Sistema salute trentino e per dare la giusta direzione alla professione, massimizzando le potenzialità, è necessario **riconoscere la presenza degli infermieri a livello strategico**: dare applicazione alla norma



che ha istituito il direttore assistenziale e istituire posizioni di direttore infermieristico in APSP/RSA e di dirigente/direttore infermieristico presso l'assessorato alla salute.

Il problema della carenza di infermieri non è nuovo, si presenta ciclicamente; la soluzione di importare infermieri dall'estero non è più praticabile come venti anni fa e in ogni caso non è strutturale e nemmeno etica. Non sono nuove neanche le soluzioni proposte. **La situazione è talmente grave che può essere affrontata solo con un pacchetto di interventi** che se non attuati con urgenza, ci porteranno in una situazione paradossale dell'avere tanti posti letto o servizi creati con i fondi del PNRR, ma senza un numero sufficiente di infermieri per garantire un'assistenza sicura.

L'auspicio è che il Trentino torni ad essere terra di avanguardia e di sperimentazione nel sistema salute provinciale. Proprio alla politica facciamo un appello: **valorizziamo l'autonomia**, attraverso la quale abbiamo l'opportunità di essere laboratorio di sperimentazione di innovazioni in grado di contraddistinguerci e di migliorare il nostro sistema sanitario mantenendolo efficace e efficiente per rispondere ai bisogni emergenti della popolazione, di distinguerci per buone pratiche e di investire sul capitale umano.

La carenza di infermieri non è un problema nuovo, ma serve un pacchetto di interventi. Il Trentino deve tornare ad essere terra di avanguardia e sperimentazione

Dalle politiche assistenziali al welfare di comunità. Traiettorie per un sistema integrato

a cura di **Maria Brentari** - Presidente Commissione albo infermieri OPI Trento

Il concetto di *welfare community* o *comunità del benessere*, è una **prospettiva innovativa** che mira a favorire il **benessere e l'inclusione di tutti i membri della società**. In questo contesto il ruolo degli infermieri diventa cruciale nel garantire un'assistenza sanitaria di qualità e sostenibile per l'intera comunità. Come ricordato in un recente articolo dalla Presidente FNOPI Dott.ssa **Barbara Mangiacavalli** l'articolo 7 del **Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche** afferma che: *"L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività"*.

Gli studiosi che hanno affrontato il tema del *welfare comunitario* lo hanno ricostruito come **assetto politico-istituzionale** che, assumendo i **principi di solidarietà e sussidiarietà orizzontale** a fondamento dell'agire sociale, vede lo **Stato farsi promotore e realizzatore di rapporti collaborativi con cittadini singoli e associati**, nel perseguimento dell'interesse generale. Spesso viene anche descritto come *welfare sussi-*



Maria Brentari

diario, per sottolineare il **coinvolgimento delle famiglie, dei singoli e delle associazioni del Terzo settore** alla definizione delle politiche sociali e all'erogazione di prestazioni e servizi. Nella nostra realtà trentina è presente questa collaborazione ma rimane ancora molto di nicchia.

Gli studiosi ritengono il welfare comunitario un assetto politico- istituzionale in cui lo Stato promuove rapporti collaborativi tra cittadini, famiglie e associazioni

Nel *welfare community*, gli infermieri assumono un ruolo ancora più ampio e articolato. Non si limitano più solo alla cura delle persone malate, ma diventano attori principali con altri professionisti sanitari nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie. Svolgono un ruolo cardine nella gestione di programmi di educazione sanitaria, nella promozione di sani stili di vita e nell'aiutare le persone a trovare risorse e abilità di auto cura per gestire le proprie condizioni di salute in modo autonomo. Pertanto è necessario superare un approccio tecnico-prestazionale per appropriarsi di un approccio relazionale.

Una componente fondamentale del *welfare community* è la dislocazione delle funzioni amministrative al livello più prossimo al cittadino. La *declinazione territoriale* rappresenta il prodotto della *sussidiarizzazione della politica sociale* e, cioè, il passaggio da un sistema di *government* a uno di *governance*, inteso come superamento di un modello di governo autoritativo di tipo gerarchico verso uno di tipo cooperativo fondato sulla *negoziatio dei reciproci interessi*, attraverso lo spostamento dei poteri decisionali dal livello statale a quello degli enti locali (*sussidiarietà verticale*) e con l'attribuzione del potere decisionale alle soggettività pubbliche e private presenti sul territorio (*sussidiarietà orizzontale*).

La prospettiva di riforma verso la quale paiono orientarsi i Paesi europei – il cui

modello viene richiamato negli obiettivi della Missione 6 – è quella di porre al centro del servizio sanitario la persona nella sua dimensione globale, in cui la tutela della salute è solo uno degli aspetti da tenere in considerazione, ma non l'unico. Alla tutela della salute si affianca la necessità di dover supportare con prestazioni e servizi i bisogni della persona connessi alla malattia ma anche al contesto sociale, economico ed ambientale in cui si sviluppano le fragilità psico-fisiche dell'individuo. Del resto il PNRR fa espresso riferimento ad un approccio "One Health" al fine di costruire un nuovo assetto istituzionale, in cui la salute pubblica include sanità, ambiente e clima.

La prospettiva futura è quella di porre al centro del servizio sanitario la persona nella sua dimensione globale: si tratta di un approccio One Health

Occorre poi considerare i mutamenti demografici che vedono aumentare la popolazione anziana non autosufficiente e che necessita di assistenza domiciliare, di strutture residenziali e semi-residenziali, in cui i servizi assistenziali a carattere sociale hanno un ruolo fondamentale, nonché l'evoluzione delle patologie alle quali i sistemi sanitari devono rispondere, sempre più legate a fattori climatici e a imprevedibili ondate epidemiche. Dunque è sempre più avvertita l'esigenza di costruire strutture nelle quali sia possibile combinare competenze ed interventi di tipo sanitario, con competenze ed interventi di tipo sociale, nella consapevolezza dell'insufficienza di una sola delle due ad offrire una risposta adeguata ai diritti della persona, considerata nel suo contesto di vita e di

lavoro, dunque al di là della malattia (da *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale* di Debora Caldirola). Ed in vero il diritto alle cure all'interno del *welfare* costituisce uno dei tasselli, ma non l'unico, per assicurare il raggiungimento del benessere dell'individuo.

È indicativo che l'Organizzazione Mondiale della Sanità attribuisca alla salute un significato assai ampio, considerandola «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia», specificando che «la **promozione della salute** è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla», conseguentemente «La salute è un **concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche**». Tutto ciò richiede di **responsabilizzare** i cittadini, **investire** su operatori e professionisti, non solo sanitari, **creare** approcci multidisciplinari e multidimensionali d'intervento, **rafforzare** il rapporto con il territorio e soprattutto con le comunità che ivi operano, al fine di dare origine ad una **rete collaborativa** tra istituzioni, professionisti, persone assistite e loro famiglie, *care giver*, cittadini e loro associazioni. Solamente così è possibile **aumentare la qualità delle prestazioni** a partire dalla conoscenza dei bisogni e disegnare politiche sociosanitarie pro-attive.

Servono strutture in cui combinare interventi di tipo sanitario e sociale: solo una parte è insufficiente a rispondere alle esigenze e ai diritti dei cittadini

Inoltre, gli infermieri sono anche responsabili del **coordinamento delle cure** e della **creazione di reti di sostegno per i pazienti**, coinvolgendo diverse figure professionali e risorse comunitarie. Questo contribuisce a garantire una continua assistenza e a rispondere alle esigenze complesse e mutevoli dei pazienti all'interno del *welfare community*. Con l'avvento delle **tecnologie innovative**, il ruolo degli infermieri è destinato ad evolversi ulteriormente. La **telemedicina** e le **soluzioni di e-health** consentono agli infermieri di fornire assistenza remota, monitorare i pazienti a distanza e collaborare con altri professionisti sanitari per offrire cure integrate. Queste tecnologie possono **anche facilitare l'accesso alle cure**, soprattutto per le comunità rurali o per le persone che hanno difficoltà a spostarsi.

Nel maggio 2016 l'OMS ha adottato con un **enorme sostegno da parte degli Stati membri**, in occasione dell'Assemblea Mondiale della Sanità, il *Quadro dell'OMS sui servizi sanitari integrati centrati sulle*



persone (IPCHS). Un appello per un **cambiamento fondamentale** nel modo in cui i servizi sanitari sono finanziati, gestiti ed erogati. Sostiene il progresso dei Paesi verso una copertura **sanitaria universale**, spostandosi dai sistemi sanitari progettati attorno alle malattie e dalle istituzioni sanitarie verso sistemi sanitari progettati per le persone. La visione del *Quadro* sui servizi sanitari integrati centrati sulle persone è **un futuro in cui tutte le persone abbiano pari accesso a servizi sanitari di qualità** che siano co-prodotti, in modo tale da soddisfare le loro esigenze nel corso della vita e rispettare le loro preferenze, coordinati attraverso il continuum delle cure complete, sicure, efficaci, tempestive, efficienti e accettabili e tutti gli assistenti sono motivati, qualificati e operano in un ambiente favorevole.

L'OMS raccomanda dunque cinque strategie per un sistema sanitario integrato centrato sulla persona che richiede un adattamento locale.

1. **Coinvolgere e responsabilizzare** le persone e la comunità;

2. **Rafforzare** la governance e la responsabilità;

3. **Ri-orientare** il modello di cura;

4. **Coordinare i servizi** all'interno e tra i settori;

5. **Creare** un ambiente abilitante.

In conclusione, il raggiungimento di queste cinque strategie (Figura 1) cumulativamente aiuterà a costruire servizi sanitari più efficaci; la mancanza di progressi in un settore potrebbe compromettere i progressi in altri settori. Nella *welfare community* del futuro, **gli infermieri svolgeranno un ruolo chiave nel promuovere una salute olistica e nel garantire l'accesso a cure di qualità per tutti**. La loro presenza nella comunità sarà **indispensabile per favorire l'inclusione, il benessere e l'autonomia delle persone**. La **continua crescita di competenze e l'evoluzione del ruolo degli infermieri** saranno fondamentali per affrontare le sfide sanitarie della società moderna e per costruire una comunità basata sul benessere di tutti i membri.

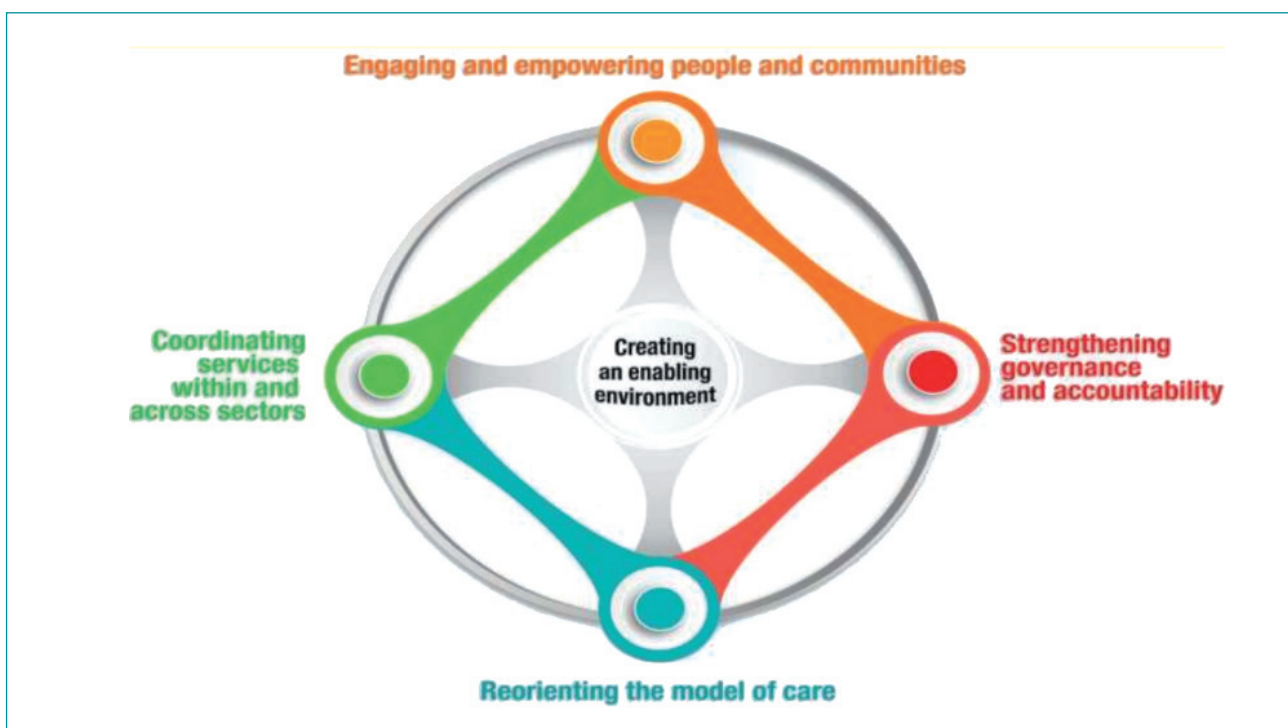


Figura 1 – Le cinque strategie interdipendenti del Quadro dell'OMS sui servizi sanitari integrati centrati sulle persone (IPCHS)

L'importanza della specificità pediatrica e del prendersi cura in modo mirato

a cura di **Sabrina Pinamonti** - Presidente Commissione albo infermieri pediatrici OPI Trento

Si è svolto a Roma, gli scorsi 28 e 29 settembre, il 6° Congresso internazionale PNAE, dal titolo "Children's healthcare in a changing world", organizzato dalla Paediatric Nursing Associations of Europe insieme alla FNOPI e alla SIPINF (la Società Italiana Pediatria Infermieristica). Insieme ad una platea internazionale di professionisti, si è discusso su alcune tematiche di scottante attualità: l'infermieristica territoriale, la denatalità, le cure per i primi mille giorni del bambino, l'innovazione come elemento fondamentale dei percorsi di cura, la salute mentale, le cure palliative, l'infermieristica pediatrica durante le emergenze naturali e la guerra.

Gli infermieri pediatrici sono impegnati quotidianamente nei confronti della fascia di popolazione più giovane, che va protetta ed assistita efficacemente



Sabrina Pinamonti

Per gli infermieri pediatrici, che quotidianamente si prendono cura di neonati, bambini, adolescenti e delle loro famiglie, si tratta di un impegno importante nei confronti di quella fascia di popolazione più giovane che va protetta, assistita efficacemente e per la quale vanno ribaditi e riconosciuti i diritti, a cominciare da quello fondamentale della salute.

Hanno partecipato al convegno importanti professionisti internazionali: **Carla Garlati**, autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, **Alberto Villani**, direttore di area clinica all'IRCCS ospedale *Bambino Gesù* di Roma, **Elisabeth Hoff**, infermiera norvegese con una lunga esperienza nell'Organizzazione Mondiale della Sanità in teatri complessi, come Siria e Libia, ma anche **Katrin De Winter**, coordinatore del corso di specializzazione in pediatria e neonatologia alla *Thomas Moore University* in Belgio, **Sandro Spinsanti**, psicologo e bioeticista – che abbiamo tra l'altro avuto piacere di incontrare all'evento organizzato da OPI Trento il 20 dicembre 2023 dal titolo "*Le dimensioni della responsabilità infermieristica* – **Maria Brenner**, professoressa alla *School of Nursing, Midwifery and Health Systems* di Dublino, **Jane Coad**, coordinatore PNAE e professore alla *Nottingham University* in Gran Bretagna, **Eugenia Trigoroso**, infermiera pediatrica specializzata con diversi anni di esperienza nelle unità di trapianto ematologico pediatrico e do-



cente all'Università di Barcellona, **Jacobien Wagemaker**, presidente dell'associazione di infermieristica pediatrica olandese e **Karolina Kramarić**, coordinatrice infermieristica in pediatria in Croazia. Si è trattato di un **confronto davvero interessante** nelle due giornate dell'*E-poster Walk*, appuntamento durante il quale, nelle diverse sale, si poteva **assistere alla spiegazione dei vari studi da parte degli autori** con l'aiuto dei poster in formato elettronico.

Oltre alla sottoscritta, hanno partecipato anche le infermiere pediatriche **Monica Tomasi**, **Monica Burbante** e **Lucia Cantone**: ognuna di noi, sulla base dei propri vissuti all'interno dei diversi contesti lavorativi, ha potuto **ascoltare le esperienze e scambiare conoscenze**, nonché **confrontarsi con le ricerche** di infermieri pediatrici provenienti da tutta Europa.

In particolare, nei Paesi nord-europei l'infermieristica pediatrica, ben rappresentata e attiva, pone molta attenzione all'**assistenza domiciliare dei pazienti pediatrici**, attraverso l'utilizzo di tecnologia e studio della stessa, per fare sì che il **paziente pediatrico possa vivere la malattia rimanendo inserito nel contesto sociale di cui fa parte**, ovviamente fondamentale per sua crescita. A tal proposito, riteniamo che **sempre di più le università dovrebbero coalizzarsi perché saperi ed esperienze sul campo diventino soluzioni mirate per migliorare le cure** e che la **relazione tra diverse discipline** (ad esempio infermieristica e ingegneria) sia **determinante per trovare soluzioni innovative** per le diverse realtà lavorative. L'ingegneria, messa a disposizione dell'infermieristica pediatrica, può essere utile per migliorare sia la vita del paziente che quella dei lavoratori, cioè degli infermieri coinvolti nella **programmazione e nella realizzazione di ausili**.

Le università dovrebbero coalizzarsi e rendere le esperienze sul campo soluzioni mirate di cura. Determinante anche la relazione tra diverse discipline

Inoltre, la difesa della specificità pediatrica, ossia il diritto dei bambini da 0 a 18 anni a essere curati dai pediatri e in ambienti dedicati, è la principale istanza che emerge dal *Libro Bianco*. La pubblicazione raccoglie i contributi delle 36 società associate a FIARPED (la Federazione delle società scientifiche e delle associazioni dell'area pediatrica) e riporta un'analisi delle criticità esistenti e una sintesi propositiva distinta per specialità, offrendo così una panoramica e una strategia condivisa e comune sulla riorganizzazione dell'assistenza pediatrica.

“La nostra principale preoccupazione è far sì che i bambini non siano curati dai medici degli adulti e in luoghi di cura progettati in funzione delle caratteristiche dell'adulto, ma da professionisti formati sui problemi clinici dei bambini e in spazi di cura a loro dedicati, perché è noto e ampiamente dimostrato dalla letteratura scientifica che questo ha un impatto sulla qualità e sulla sicurezza delle cure pediatriche” ha affermato Annamaria Staiano, presidente della Società Italiana di Pediatria (SIP) e co-presidente FIARPED. Un problema che riguarda in maniera particolare alcune specialità pediatriche, a cominciare dalle Terapie intensive pediatriche.

Negli ultimi tre anni (dato disponibile 2019-2020-2021) 6.254 minori sono stati

ricoverati nelle terapie intensive, di questi quasi la metà, ossia 2.754, pari al 44%, sono finiti nelle terapie intensive per adulti. Numeri che però devono ritenersi approssimativi vista l'assenza di un codice Ministeriale che identifichi una Terapia Intensiva Pediatrica. Tra le specialità in cui si assiste più spesso al ricovero di minori con adulti vi è l'ortopedia e traumatologia (34%) ed a seguire la chirurgia generale e l'otorinolaringoiatria (16%).

È fondamentale la specificità pediatrica, cioè la cura dei bambini in ambienti dedicati. Dal 2019 al 2021 il 44% dei minori ricoverati in terapia intensiva è finito in reparti per adulti

Particolarmente delicata è ancora la situazione della neuropsichiatria infantile, come spiega Elisa Fazzi presidente della SINPIA (Società Italiana Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza) e co-presidente di FIARPED: *“L'esplosione delle richieste per disturbi psichiatrici gravi e acuti sta saturando i posti disponibili, compromettendo le risposte per disturbi neurologici gravi e complessi per i quali è indispensabile una competenza specialistica. Il 30% dei ricoveri per disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva avviene in reparti psichiatrici per adulti e il 10% dei ricoveri psichiatrici avviene in stato di necessità in reparti psichiatrici per adulti, nonostante tale collocazione sia gravemente inappropriata”*.

Priorità per il sistema salute trentino: incontro in Ordine e intervista all'assessore provinciale alla salute Mario Tonina

a cura di **Nicola Maschio** - Giornalista Ufficio stampa OPI Trento

Con il rinnovo del consiglio della Provincia Autonoma di Trento, dopo le elezioni dello scorso 22 ottobre 2023 – e dopo qualche settimana di attesa, necessaria proprio per l'assegnazione degli assessorati – il presidente provinciale Maurizio Fugatti ha assegnato a **Mario Tonina** (già assessore nella precedente legislatura

ma con incarichi diversi) le deleghe alla salute, unitamente a quelle delle politiche sociali e della cooperazione.

Una volta conosciuto il nuovo interlocutore di riferimento, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Trento si è subito adoperato per organizzare un momento



di confronto, svoltosi lo scorso 6 febbraio 2024 presso la sede dell'OPI. Da parte dell'assessore, ha sottolineato il presidente dell'Ordine Daniel Pedrotti, è apparsa chiara la "Massima disponibilità e la voglia di intraprendere un percorso insieme", ancora più importante in quanto dichiarata davanti a tutto il Consiglio Direttivo". La salute dei trentini è sinonimo di qualità della vita ed è anche motore economico del territorio".

Queste dunque le domande che l'Ordine ha posto all'assessore Tonina, questioni sulle quali si richiedono (anche da tempo) un'attenzione urgente e risposte concrete per il sistema salute trentino e la professione infermieristica.

Assessore Tonina, partiamo da un tema che si protrae ormai da tempo nella professione infermieristica: nonostante sia una professione altamente qualificata e stimolante per i giovani, permane il problema dell'attrattività. Cosa fare dunque per risolvere questa situazione e, di conseguenza, attrarre i giovani verso questa professione e trattenere gli infermieri nel sistema sanitario riducendo/interrompendo il fenomeno del passaggio sempre più frequente degli infermieri verso il settore privato?

Come prima cosa vorrei sottolineare che le iscrizioni al corso di laurea in Infermieristica per l'anno 2023-2024 con sede a Trento hanno avuto un andamento decisamente migliore rispetto agli analoghi corsi attivati nelle realtà vicine. Infatti, gli immatricolati a Trento sono stati 180 su 180 posti previsti, a fronte di altre sedi formative in Veneto e Bolzano dove gli immatricolati hanno coperto non più del 70% dei posti messi a bando. Segnale questo sicuramente dovuto anche alla qualità formativa che il Polo universitario delle professioni sanitarie dell'Azienda ha sempre garantito e che per questo ringrazio. Detto questo, dobbiamo comunque trovare ulteriori modalità per avvicinare maggiormente i giovani a que-

sta professione con particolare riferimento ai residenti nelle zone periferiche e di montagna del Trentino, in modo da poter contare su professionisti maggiormente disponibili a prestare la loro attività nelle strutture sanitarie, socio sanitarie e ospedaliere presenti su tutto il territorio provinciale.

Dobbiamo iniziare a coinvolgere i nostri studenti di tutti gli ordini di scuola e per questo si è prevista l'attivazione, a partire dall'anno scolastico 2024/2025, della sperimentazione del modello di potenziamento-orientamento denominato "Orientamento alle Professioni per la salute", promosso dalla Giunta provinciale in accordo con tutti gli Ordini delle professioni sanitarie, l'Azienda provinciale per i servizi sanitari e il mondo della scuola con diversi istituti superiori sul territorio. Questo progetto nasce infatti con l'obiettivo di fornire elementi utili per avvicinare i giovani alle professioni sanitarie, aumentare l'attrattività verso il sistema sanitario provinciale e stimolare una maggiore consapevolezza attorno ai temi dell'educazione alla salute e a sani stili di vita. La pandemia ci ha fatto capire l'importanza di queste professioni e la necessità di una formazione sempre più qualificata. Non si tratta solo di un lavoro, ma di un modo di rapportarsi agli altri e di costruire la comunità. Occorre passione per una professione vocata all'aiuto qual è quella dell'infermiere. Ricordiamo che gli sbocchi occupazionali per le professioni sanitarie sono immediati.

A Trento occupati tutti i posti per il corso di laurea in Infermieristica. Ottimo segnale, serve passione per una professione vocata all'aiuto

Durante la precedente legislatura, quest'Ordine ha sollecitato alla politica alcuni elementi sui quali bisognerebbe intervenire prioritariamente. Condizioni organizzative che permettano agli infermieri di dedicarsi appieno ai propri ambiti di competenza e autonomia professionale, ma anche sbocchi di carriera chiari e strutturati, così come il giusto riconoscimento della professione anche attraverso il compenso economico. Sono questi i temi da cui partire per aumentare l'attrattività del sistema sanitario e della la professione infermieristica e riconoscere il giusto valore delle competenze degli infermieri?

Condivido l'importanza di riconoscere alle professioni sanitarie e quindi alla professione infermieristica il giusto valore delle competenze e dell'autonomia decisionale. Ad una maggiore competenza e preparazione tecnica corrisponde un ampliamento dell'autonomia ed indipendenza nelle scelte assistenziali e questo è l'obiettivo principale che dobbiamo porci nella programmazione della formazione.

Da qui l'importanza di aver attivato da poco, a Trento, una nuova laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche indirizzo in cure primarie, infermieristica di famiglia e comunità, corso pensato per formare i professionisti e le professioniste destinati a operare capillarmente sul territorio provinciale anche alla luce degli importanti interventi previsti dal PNRR e dal decreto ministeriale 77 del 2022, oltre che aver definito il profilo dell'*Infermiere di famiglia o comunità* (deliberazione della Giunta provinciale 1911 del 2023) con la collaborazione dell'Ordine degli infermieri, dell'Ordine dei medici e chirurghi e dell'Azienda Sanitaria. Su questo ultimo profilo sarà interessante valutare l'opportunità di individuare, con il coinvolgimento anche dell'Ordine dei Medici, nuovi ambiti di autonomia infermieristica. Per quanto riguarda gli sbocchi di carriera professionale preme ricordare che, a seguito dell'ultima riorganizzazione aziendale, sono state istituite e coperte, a favore del personale infermieristico, 3 direzioni di struttura complessa, 2 direzioni di struttura semplice e la nomina di 5 dirigenti



infermieri di natura professionale. Chiaramente l'apertura al confronto e al dialogo con l'OPI sarà fondamentale per capire le esigenze e le priorità di intervento.

Inoltre, come recentemente emerso anche dal confronto tra Lei e l'Ordine, ci sono altri temi rilevanti a cui prestare attenzione: liste d'attesa, sovraffollamento dei pronto soccorso, eccesso di burocrazia. Su questi argomenti, in termini di contributo della professione infermieristica, come intende muoversi il Suo assessorato, anche alla luce delle proposte dell'Ordine degli Infermieri?

Sicuramente questi temi sono di forte impatto e sono assolute priorità sulle quali abbiamo subito avviato un lavoro di approfondimento tecnico. Liste d'attesa e pronto soccorso sono stati davvero i primi due temi che come neo-assessore ho posto all'attenzione dei vertici dell'Apss e del Dipartimento. Certamente, sui tempi di attesa per i cittadini per le visite e prestazioni specialistiche stiamo pagando le conseguenze della pandemia. Inoltre, nei tempi più recenti è cresciuta l'attenzione verso la propria salute e quindi la richiesta di prestazioni ed esami. Sarà però cruciale, da parte dei cittadini, una maggiore consapevolezza sull'appropriatezza delle cure. I medici di medicina generale sono altrettanto importanti perché forniscono una prima, magari decisiva a seconda dei casi, risposta ai pazienti, contribuendo a ridurre l'aggravio sul sistema. Bisogna senz'altro sgravarli del carico burocratico e permettergli di svolgere il loro ruolo di punto di riferimento e primo presidio sanitario per il cittadino. Riguardo al pronto soccorso, anche qui troviamo il problema dell'appropriatezza delle cure. I codici bianchi e verdi coprono i due terzi degli accessi. È una quota non più sostenibile e va ridotta agendo con determinazione. Anche in questo caso sono cruciali sia i

medici di medicina generale che i cittadini, che devono essere più consapevoli: al pronto soccorso si va quando c'è realmente bisogno.

Con riferimento ai lunghi tempi d'attesa nei pronto soccorso, in passato questo Ordine aveva proposto una soluzione: l'introduzione del modello "See and Treat", come già avvenuto in altre regioni italiane tra cui Emilia Romagna e Toscana. Sostanzialmente, infermieri formati e all'interno di protocolli condivisi gestiscono urgenze minori e permettono di "scaricare" il notevole afflusso di persone. Ad oggi, i risultati sono incoraggianti. Potrebbe essere anche questa una strada da valutare e percorrere?

Rispetto a questo argomento si segnala che nella proposta di deliberazione relativa all'assegnazione all'APSS degli obiettivi specifici 2024, di cui è in corso l'iter di approvazione, è previsto il potenziamento e lo sviluppo dell'assistenza infermieristica territoriale attraverso la figura dell'*Infermiere di Famiglia o Comunità* (iFoC), ciò anche attraverso la definizione e l'applicazione, in forma sperimentale, di un modello organizzativo che preveda possibili ambiti di ulteriore sviluppo dell'autonomia infermieristica da riconoscere a tale figura, con particolare riferimento al coinvolgimento del personale infermieristico nella gestione di urgenze minori in strutture territoriali con sede distinta dai PS, quale ad esempio la Casa di comunità, al fine di ridurre gli accessi impropri nei Pronto Soccorso ospedalieri e quindi la pressione in tali strutture.

In un'ottica di gradualità, alla luce degli esiti della sperimentazione di questo modello e previa verifica dell'adeguatezza/compatibilità delle condizioni logistiche e strutturali dei presidi, potrà essere valutata l'opportunità di sperimentare anche

il modello "See and Treat", inteso come area del PS a gestione infermieristica dedicata ai codici minori su una casistica selezionata.

Si sta pensando, in forma sperimentale, ad un modello organizzativo che preveda uno sviluppo dell'autonomia infermieristica e valutando il See and Treat

Allo stesso tempo, resta fondamentale investire nella formazione universitaria e continua, per mantenere gli elevati standard formativi riconosciuti a Trento a livello nazionale, a partire dal capitale umano. Investendo su tutto ciò di cui abbiamo parlato fino ad ora, presumibilmente, po-

trebbe anche crescere il numero di candidati ai corsi di laurea in infermieristica e, considerata l'età media sempre più alta degli infermieri e soprattutto il fabbisogno crescente nei prossimi anni di questa professionalità, ce ne sarebbe grande bisogno...

Considerato che anche a livello locale gli over 55enni del personale infermieristico rappresentano un numero importante di professionisti, è stato programmato con le Università di Verona e Trento l'aumento del numero dei posti al corso di laurea in infermieristica con sede a Trento passando dagli attuali 180 a 200 posti con il prossimo anno accademico 2024/2025. Quale supporto al personale infermieristico si è inoltre aumentato il numero dei corsi OSS e dei relativi posti nei corsi organizzati dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari e dall'Opera Armida Barelli.

Per accogliere gli ulteriori studenti, dovuto all'aumento dei posti, come sopra previsto e all'attivazione di nuovi corsi di laurea



(con l'anno 2024-2025 è prevista l'attivazione ex novo a Trento del corso di laurea per tecnico di laboratorio biomedico e del corso di laurea per tecnico di radiologia), la Provincia ha dato mandato a Patrimonio del Trentino Spa di **ricercare nuovi spazi nella città di Trento per nuove aule e spazi formativi**. La nuova sede sarà presso l'edificio NEST nel quartiere Solteri di Trento negli spazi non utilizzati come studentato. Trentino Patrimonio ha **autorizzato l'avvio della progettazione** ed il cantiere avrà inizio nei prossimi mesi per una spesa prevista di circa **10 milioni di euro**.

Restando sul tema dell'istruzione, fin dal proprio insediamento Lei ha sottolineato come sia necessario lavorare per poter parlare di "prevenzione" già all'interno delle scuole. Come intende impostare questo percorso?

Il **percorso di prevenzione all'interno delle scuole** è stato avviato già nella scorsa legislatura con l'adozione del Piano Provinciale della Prevenzione 2021-2025 da parte della Giunta provinciale con la deliberazione n. 2160 del 10 dicembre 2021. Il Piano Provinciale dà attuazione al corrispondente Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, che rappresenta lo **strumento fondamentale di pianificazione centrale** degli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio, garantendo in questo modo la corretta attuazione dei LEA *"Prevenzione collettiva e sanità pubblica"*. Il Piano Provinciale per la Prevenzione è articolato in **15 Programmi**, tra i quali il primo è dedicato alle scuole che promuovono salute. In tale contesto con la deliberazione 2439 del 22 dicembre 2022, presentata congiuntamente dai due assessorati Salute e Istruzione, è stata stabilita la **strategia provinciale** della rete *"Scuola che promuove*

salute" aperta alle scuole primarie e secondarie di primo, secondo grado ed alle scuole professionali, che individua i criteri e le modalità che le scuole devono seguire per aderire alla rete. La deliberazione ha altresì **costituito il Gruppo di coordinamento** quale soggetto "tecnico-operativo e progettuale" composto da professionisti del mondo dell'istruzione e della sanità. Al 5 aprile 2023 hanno aderito alla Rete Trentina delle scuole che promuovono salute **73 scuole su 117** presenti in provincia di Trento (**62%**). Al momento è in fase di elaborazione una **nuova deliberazione**, sempre da presentare congiuntamente dagli assessorati della Salute e dell'Istruzione, attuativa del progetto *"Salute a scuola"* per le **scuole dell'infanzia**. Si tratta di una campagna, coordinata dal dipartimento prevenzione di APSS e dal Servizio Attività educative per l'infanzia, da **promuovere alla fascia 3 - 6 anni**. La campagna è strutturata su alcune buone pratiche (come il lavaggio delle mani) volte a prevenire l'insorgenza di alcune malattie e a limitarne la diffusione.

Parliamo ora di un altro tema, quello della maggiore autonomia degli infermieri in relazione alle competenze specifiche e specialistiche, riconoscendo per esempio loro la possibilità di prescrivere ausili e presidi sanitari. Si sta ragionando su azioni per darne applicazione? Si tratterebbe di novità che porterebbero due grandi impatti: da una parte un riconoscimento tangibile al valore della professione, dall'altra un vantaggio per i cittadini stessi...

Riguardo a questo, negli obiettivi 2024 c'è il **potenziamento** e lo **sviluppo** della figura infermieristica territoriale attraverso la figura dell'*Infermiere di Famiglia o Comunità* (iFoC) dove l'Infermiere di Famiglia

o Comunità è una delle principali figure professionali di riferimento impegnata nell'assicurare l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. Tale figura assume quindi un ruolo fondamentale nel nuovo modello organizzativo del territorio come previsto dagli atti di programmazione provinciale e dalle misure del PNRR.

Il "Documento di Indirizzo: Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) – Progetto di sviluppo nella Provincia autonoma di Trento" approvato dalla Giunta provinciale nell'ottobre 2023 e definito con la collaborazione dell'Ordine provinciale delle professioni Infermieristiche e dell'Ordine dei Medici oltre che della Provincia e dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, riporta in particolare le competenze di questa nuova figura, nonché gli indirizzi, anche di ambito formativo, per l'attuazione del progetto.

Parallelamente al prossimo inserimento dell'IFoC sul territorio provinciale è prioritario verificare l'opportunità di attivare, in forma anche sperimentale, progetti finalizzati alla riduzione degli accessi impropri ai Pronto Soccorso attraverso il potenziamento dell'assistenza territoriale e il coinvolgimento del personale infermieristico, per esempio in due modi: la definizione di una proposta di un modello organizzativo di coinvolgimento dell'IFoC sul territorio provinciale per il potenziamento dell'assistenza territoriale, che prevede anche possibili ambiti di ulteriore sviluppo dell'autonomia infermieristica da riconoscere a tale figura; poi la definizione di una proposta sperimentale di coinvolgimento del personale infermieristico per la gestione di urgenze minori in strutture territoriali con

sede distinta dai PS, quale ad esempio la Casa di comunità, al fine di ridurre gli accessi impropri nei Pronto Soccorso ospedalieri e quindi la pressione in tali strutture.

Tra gli obiettivi 2024 c'è il potenziamento dell'iFoC, fondamentale nel nuovo modello organizzativo, ma anche lo sviluppo dell'autonomia infermieristica

In coerenza con gli orientamenti nazionali di potenziamento dell'assistenza territoriale, quali PNRR e DM 77/2022, resta la necessità di introdurre con urgenza modelli organizzativi innovativi a "misura di bisogni dei cittadini", caratterizzati da cronicità, necessità di potenziare un approccio alla prevenzione e che considerino l'evoluzione e la specificità degli infermieri e delle altre professioni sanitarie. Team multi-professionali strutturati, modelli professionali innovativi come l'infermiere di famiglia e comunità, risposte di prossimità e proattive, forte orientamento alla prevenzione e all'educazione. A che punto siamo?

Il percorso di potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale è iniziato con l'approvazione del Piano operativo provinciale per l'attuazione del PNRR che ha previsto, per quanto qui di interesse, la realizzazione "fisica" delle Case della Comunità (CdC), delle Centrali Operative Territoriali (COT) e degli Ospedali di Comunità (OdC) - (dGP 972/2022) nonché con il recepimento, con la deliberazione 223 del 20 febbraio 2023, dei modelli e assetti organizzativi del DM 77/2022 compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali provinciali

e con l'autonomia organizzativa derivante dallo Statuto. L'assessorato e l'Azienda oggi sono impegnate nella messa a terra degli investimenti PNRR e parallelamente nella definizione/pianificazione delle misure organizzative necessarie all'implementazione dei nuovi modelli del decreto ministeriale 77, in modo da assicurare la partenza secondo le scadenze definite dal PNRR. In particolare entro la fine del 2024 per le COT, ed entro il 2026 per CdC e per gli OdC. Tale percorso, che evidentemente abbraccia un arco temporale di medio periodo e che presuppone anche una valutazione sul fabbisogno di personale, sarà garantito attraverso il coinvolgimento dei direttori dei distretti sanitari, del dipartimento cure primarie nonché dei professionisti dipendenti e convenzionati che saranno chiamati a operare in tali strutture e a garantire risposte efficaci nell'ambito delle cure domiciliari/primarie e della presa in carico della cronicità con l'ausilio anche di strumenti innovativi quali la telemedicina e il monitoraggio da remoto. In tale assetto rivestirà un ruolo fondamentale la figura dell'infermiere di famiglia/di comunità, istituita già durante il periodo Covid, professionista che conoscendo l'ambiente di vita delle persone e delle famiglie, favorisce il mantenimento e la promozione della salute delle persone, in raccordo interdisciplinare con i vari professionisti.

Concludiamo con uno sguardo più generale ai prossimi cinque anni: il Suo è un approccio, per così dire, "pronto al confronto" e orientato al gioco di squadra: cosa si aspetta quindi da questa legislatura e dalle diverse rappresentanze del mondo sanitario e quanto potrà essere importante il dialogo con queste ultime?

Un po' prematuro tirare già le conclusioni. Confermo che l'approccio che prediligo è quello del confronto, consapevole che comunque alla fine occorre saper decidere.

Sto cercando di capire e organizzare al meglio il lavoro rapportandomi ogni giorno con le varie figure professionali e i Servizi per capirne le necessità e le problematiche e intervenire di conseguenza. La visione sul campo è fondamentale. Mi aspetto sicuramente la collaborazione di tutti gli attori coinvolti per ottenere insieme il miglior risultato. Ma c'è un elemento che tutti dobbiamo considerare: le sfide che abbiamo di fronte e quelle future si vinceranno solo mettendo le persone al centro. Sono loro a fare la differenza. Anche in un'epoca segnata dalla tecnologia, tra intelligenza artificiale e grandissime aspettative nei confronti della scienza, non possiamo dimenticarci che il vero miracolo sta nel fattore umano. Ecco perché deve essere costante il riconoscimento della comunità al personale sanitario, cioè tutto il personale, medici, infermieri, OSS, tecnici, amministrativi e via dicendo. Una gratitudine che è il modo più nobile per il senso più autentico del nostro stesso essere terra autonoma: pensare sempre al bene comune.



Assessore Mario Tonina

APPROFONDIMENTO

Aggressioni fisiche e verbali: servono azioni di prevenzione e contrasto. Dati ed esperienze di infermieri e medici

a cura di **Nicola Maschio** - giornalista Ufficio stampa OPI Trento

Il tema delle **aggressioni fisiche e verbali** all'interno del comparto sanitario ed in particolare nell'ambiente di lavoro ospedaliero è, purtroppo, una realtà con cui **quasi ogni giorno** operatrici ed operatori, ad ogni livello, si trovano a dover fare i conti.

Diversi sono i casi che vengono segnalati, tuttavia il **cosiddetto "sommerso"** è ancora molto importante e numeroso. Nel tempo, sono stati fatti alcuni passi avanti: ne è un esempio concreto l'*incident reporting*, strumento implementato dal 2021 e grazie al quale coloro che subiscono aggressioni fisiche e verbali possono **segnalare e raccontare** l'accaduto. Per ammissione degli stessi operatori sanitari però, come avremo modo di leggere nelle interviste realizzate per questo articolo, l'utilizzo non è ancora sufficiente per portare alla luce la vera "ampiezza" del fenomeno.

Aggressioni ad operatori sanitari: i dati

I dati rilevati dalla **Fnopi** raccontano di una **situazione difficile**: a livello nazionale il **40,2%** degli infermieri ha dichiarato di aver subito aggressioni durante i turni di lavoro

nel corso del 2023. Un dato in aumento rispetto al **32,3%**, pari a circa **130mila professionisti**, riscontrato nel 2021. Anno quest'ultimo in cui il totale di "casi sommersi" si attestava attorno ai **125mila**. Ancora, le ultime rilevazioni dicono che nel **72%** dei casi le vittime sono **donne** – il numero in Trentino supera invece l'**80%** – tra i **30 e i 40 anni** (in percentuale maggiore al **33%**) e che operano nel **servizio pubblico** (**90%** dei casi) ed in particolare in **pronto soccorso** (il **42%**). Preoccupante anche il numero di **violenze subite dallo stesso professionista** in un solo anno: mediamente tra le **10 e le 12**, anche se il **55%** ammette di averne ricevute tra le **11 e le 20**.

Nel 2023 il **40,2%** degli infermieri ha subito aggressioni durante il turno di lavoro, nel **55%** dei casi tra le 11 e le 20 in un solo anno. Coinvolte soprattutto le donne

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Trento ha così deciso, all'interno di questo Notiziario, di intervistare **cinque figure importanti** e di riferimento del Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza dell'ospedale Santa Chiara di Trento. In particolare, la direttrice facente funzioni **Michela Marchiori**, le coordinatrici infermieristiche **Claudia Conci** e **Iaia Ronc** ed il coordinatore infermieristico **Damiano Zortea**. Infine, l'infermiera esperta **Alessandra Valdan**. Obiettivo dell'articolo, ovviamente, quello di far emergere questi preoccupanti sce-

nari, ma non solo: anche la voglia di **individuare comportamenti e strategie** volti a ridurre al minimo episodi di violenza fisica o verbale, **esperienze personali, spunti di riflessione, ragionamenti condivisi e strumenti** adottati fino a questo momento.

In alcuni casi, le domande hanno prodotto risposte comuni, in altre invece punti di vista differenti. Per dovere di cronaca, si precisa che queste ultime sono state riportate sequenzialmente dai **livelli di responsabilità strategici** all'interno del team e del servizio.

Chi ha partecipato alle nostre interviste



Michela Marchiori è laureata in Medicina e Chirurgia, con specializzazione in Medicina Interna ad indirizzo d'urgenza presso l'Università di Padova. Attualmente è Direttrice facente funzioni del Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza all'Ospedale Santa Chiara di Trento ed inoltre è responsabile della formazione aziendale per i medici del Dipartimento Urgenza ed Emergenza provinciale. È anche docente nel corso di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche dell'Università degli Studi di Verona – sede di Trento.

Claudia Conci è laureata in infermieristica, con Master Universitario in management per funzioni di coordinamento presso l'Università degli studi di Verona – sede di Trento. Dal 2005 è infermiera, ha iniziato nel reparto di geriatria all'ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto e successivamente al Santa Chiara di Trento. In quest'ultima struttura ha lavorato presso l'unità operativa di cardiologia fino al 2013, poi presso AFO angiocardiochirurgia nei successivi quattro anni e, dal 2017 al 2019, è stata tutor clinico al corso di laurea in Infermieristica. Dal 2019 è Coordinatrice infermieristica nel reparto di Medicina d'urgenza/Osservazione breve.





laia Ronc è laureata in infermieristica, con Master Universitario in management per funzioni di coordinamento presso l'Università degli studi di Verona – sede di Trento. Ha iniziato come infermiera nel reparto di Cardiologia dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, all'interno del quale ha lavorato dal 2010 al 2018. Da quest'ultimo anno ha ricoperto l'incarico di Coordinatrice infermieristica in Emodinamica fino al 2021. Successivamente, tre anni fa, ha assunto l'incarico di Coordinatrice infermieristica del Pronto Soccorso, ruolo che occupa ancora oggi.

Damiano Zortea è laureato in infermieristica, con Master Universitario in management per funzioni di coordinamento presso l'Università degli studi di Verona – sede di Trento. Ha svolto una significativa esperienza come infermiere in Terapia intensiva generale e specialistica presso l'ospedale Santa Chiara di Trento, ruolo che ha ricoperto dal 2006 e fino al 2022. Attualmente è coordinatore infermieristico facente funzioni del pronto soccorso dell'ospedale Santa Chiara di Trento.



Alessandra Valdan, infermiera, laureata alla fine del 2009 dopo aver studiato al Polo Universitario delle Professioni Sanitarie dell'APSS – Università degli Studi di Verona e lavora all'ospedale Santa Chiara di Trento dal 2010. Ha iniziato nel reparto di Medicina Alta intensità di cura, dal 2016 in pronto soccorso, dove lavora ancora oggi.

Le parole della Direttrice f.f. e dei Coordinatori del Pronto Soccorso di Trento

Per prime, riportiamo le interviste realizzate alla dott.ssa **Marchiori** ed ai coordinatori infermieristici dott.ssa **Conci**, dott.ssa **Ronc** e dott. **Zortea**. Questo perché le domande sono comuni ad entrambi i ruoli, seppur ovviamente con contenuti spesso diversi nelle risposte, che tuttavia si completano le une con le altre. Rispetto alle risposte concordi dei coordinatori, è stata riportata una sola risposta riassuntiva con i nomi dei tre intervistati.

Rispetto alla Sua esperienza, quali fasi della presa in carico dell'utente da parte dell'equipe medico-infermieristica in pronto soccorso sono più spesso associate a episodi di violenza fisica e verbale?

MARCHIORI: una fase critica è rappresentata dal **triage** in cui, attraverso l'**assegnazione del codice d'ingresso**, viene definito il timing di presa in carico della problematica del malato. Il codice colore tiene conto delle **condizioni cliniche** del malato all'ingresso e del suo **rischio evolutivo**, definendo di conseguenza una **priorità di valutazione**. Questo passaggio **andrebbe sempre esplicitato** al malato, cosicché capisca che il tempo di presa in carico dipende dalla sua situazione e dal contesto in cui si trova il pronto soccorso. Cioè, non vengono esaminati i pazienti in base all'ordine con cui arrivano. Gli infermieri che effettuano il triage sono **professionisti sanitari** che hanno **competenze formative complesse** e nella assegnazione del codice colore rispettano un **algoritmo condiviso** in base alle evidenze di letteratura infermieristica. Non si tratta quindi di un'assegnazione soggettiva. Un'altra fase critica è rappresentata dalla **dimissione del malato** soprattutto per le **persone anziane** che hanno spesso bisogno di **assistenza complessa**, e devono trovare nel contesto familiare la disponibilità di una presa in carico adeguata.

Conci: da coordinatrice dell'Osservazione Breve del pronto soccorso, dove i pazienti possono rimanere in regime di "ricovero" **dalle 44 alle 72 ore**, posso testimoniare che si possono verificare casi di violenza per lo più **verbale**, causati dalla **limitazione della loro libertà di azione** dovuta alla condizione clinica e ai vincoli organizzativi.

RONC: Una fase molto delicata e ad alto rischio di agiti aggressivi è quella del **triage**. Il carico di **preoccupazioni** del paziente o dei familiari che lo accompagnano può non trovare corrispondenza nella codifica di priorità assegnata da parte dell'infermiere di triage. Questo perché l'accesso prioritario è garantito per **situazioni di evidente criticità clinica** o ad **alto rischio evolutivo** e, soprattutto, in situazioni di sovraffollamento l'assegnazione di un codice minore può esitare in tempi di attesa prolungati. Se il paziente o i familiari non accettano la decisione dell'infermiere triagista, possono verificarsi **momenti di confronto** e rischiare che **sfocino in agiti aggressivi** verbali e fisici.

ZORTEA: una fase critica è anche **quella dell'attesa**, sia per i pazienti che per i loro famigliari/caregiver. I familiari talvolta chiedono informazioni che **non trovano un'immediata risposta** da parte degli operatori sanitari: questa situazione può scatenare come prima reazione uno **scontro verbale** verso gli operatori stessi, aggravato a volte anche dalla **non conoscenza dei codici di priorità di accesso** al Pronto Soccorso e ai relativi processi interni che lo caratterizzano. In determinate situazioni, con un importante impatto emotivo, gli infermieri e gli operatori socio-sanitari si possono trovare a **dover gestire e prendere in carico agiti di aggressione**

per lo più verbale da parte di familiari/caregiver. Questo aspetto ha stimolato delle riflessioni soprattutto in ambito pediatrico, in cui la vicinanza del genitore è fondamentale nel processo di diagnosi e cura del paziente.

In merito alla propria esperienza personale, quali sono gli operatori sanitari maggiormente coinvolti nelle aggressioni fisiche e verbali e quali sono quelli più a rischio?

MARCHIORI: pur lavorando spesso in **equipe**, i professionisti infermieri che si dedicano al triage e alla gestione del malato in sala d'attesa sono sicuramente quelli più esposti, avendo un rapporto individuale con il paziente. Le problematiche di conflittualità riguardano il medico soprattutto nelle fasi di dimissione, laddove il tessuto familiare e sociale del malato ha difficoltà nel prendersi a carico a domicilio del proprio familiare.

CONCI – RONC – ZORTEA: infermieri e operatori socio-sanitari sono i professionisti che si interfacciano maggiormente con i pazienti e i loro familiari e sono dunque quelli che, loro malgrado, sono più esposti a possibili agiti aggressivi. Inoltre la prima presa in carico dell'utente avviene all'interno delle aree di triage in cui il professionista si trova molte volte da solo, fattore che può esporre maggiormente il triagista ad episodi violenti.

È possibile fornire dei numeri (il cosiddetto *incident reporting*) rispetto alle aggressioni avvenute in pronto soccorso al Santa Chiara nel 2023?

MARCHIORI: i dati ricavabili dagli *incident reporting* stilati dai professionisti sanitari sono oggettivi, ma riteniamo che **sottostimino il problema**. Per quanto concerne l'**aggressività verbale**, agli operatori purtroppo presenta una **cadenza quasi quotidiana**. Le segnalazioni ricevute lo scorso anno sono state tra le 15 e le 20, ma come detto **non sono rappresentative** perché non tutti raccontano le loro esperienze.

CONCI: la **comunicazione** è la chiave, soprattutto nel nostro settore. L'*incident reporting* ha iniziato dopo il 2021 ad essere percepito come uno **strumento utile** per analizzare e segnalare ciò che non ha funzionato, trovando strategie attraverso l'analisi condivisa dell'evento. Ma gli episodi segnalati tramite tale strumento **non coprono tutta la casistica** che ci troviamo ad affrontare quotidianamente.

RONC: nel 2021 sono stati complessivamente segnalati **35** eventi attraverso lo strumento dell'*incident reporting* aziendale: quell'anno abbiamo **sensibilizzato molto i nostri collaboratori** a segnalare gli agiti aggressivi per poter misurare il fenomeno e trovare strategie per affrontarlo ed arginarlo. Le segnalazioni, anche informali, **sono all'ordine del giorno**, soprattutto per quanto riguarda gli **agiti aggressivi verbali** che non sfociano in aggressione fisica, anche grazie all'abilità dei nostri operatori che mettono in pratica ottime strategie di *decalation*.

ZORTEA: lo strumento dell'*incident reporting*, come sistema di segnalazione che consente ai professionisti sanitari di segnalare e descrivere eventi avversi o situazioni di rischio,

viene utilizzato sempre più spesso dagli operatori anche segnalando agiti aggressivi da parte degli utenti e loro familiari che accedono in Pronto Soccorso. Tale strumento se inizialmente non veniva utilizzato molto, **in questi ultimi anni viene preso molto più in considerazione** da parte degli operatori e diventa poi lo spunto per progetti di miglioramento messi in atto dai gruppi di lavoro indetti dalle Direzioni. Come già affermato, le aggressioni verbali all'interno del nostro contesto di lavoro sono quasi quotidiane.

Quali possono essere, secondo Lei, i fattori determinanti che possono portare a un'escalation tale da arrivare ad atteggiamenti aggressivi fisici e verbali verso gli operatori del pronto soccorso?

MARCHIORI: credo che il paziente debba essere informato in merito alle dinamiche di Pronto Soccorso, in quanto il malato spesso ha la percezione di una problematica clinica complessa che lo affligge e che richiede una presa in carico immediata. La valutazione sanitaria invece con utilizzo di **elementi oggettivi** (per esempio parametri clinici d'ingresso, score news e scala del dolore) e **clinici** definisce il timing di valutazione secondo un **criterio di priorità**. Per quanto riguarda i **tempi d'attesa**, credo che sia necessario spiegare al malato l'**iter diagnostico** a cui sarà sottoposto: per esempio, un paziente che accede per dolore toracico eseguirà un **prelievo bioumorale** in due tempi con intervallo di circa tre ore, sarà sottoposto a **radiogramma** del torace o **visita cardiologica** e tutto ciò configurerà un tempo di gestione complessivo di 6-8 ore. Tale tempo di gestione è **operativo**, non è una attesa passiva ma prevede un iter di definizione della diagnosi del malato. Ci sono poi quelle condizioni cliniche d'ingresso caratterizzate da **esotossicosi alcolica acuta** o **abuso di sostanze stupefacenti**, che possono comportare una **alterazione dell'individuo** e che, più o meno consapevolmente, può sfociare in agiti di aggressività.

CONCI – RONC – ZORTEA: Ci sono situazioni legate alla problematica di presentazione del paziente che ci mettono in allerta subito per alto rischio di aggressività. Per esempio, tutte quelle **condizioni che alterano lo stato psichico del paziente**, per le quali è più facile mettere in atto **strategie di prevenzione**. Con la popolazione "non a rischio" è più difficile capire come muoversi: mantenere **aperta e chiara la comunicazione** sul percorso che sarà intrapreso in Pronto Soccorso e sui tempi di attesa può aiutare.

Quali strategie si stanno mettendo in atto all'interno del pronto soccorso dell'ospedale Santa Chiara di Trento per arginare questo fenomeno e garantire maggior sicurezza agli operatori e agli utenti stessi?

MARCHIORI: Dobbiamo ricordarci che, come ripeto spesso ai miei studenti, **la medicina è la più umanistica tra le discipline scientifiche e la più scientifica tra le discipline umanistiche**. Sicuramente la componente **comunicativa e relazionale** è un elemento su cui investire in termini di prevenzione dell'agito violento e in termini di capacità di gestione. Sul **piano formativo**, stiamo proponendo **eventi didattici mirati** ad acquisire competenze comunicative complesse anche in termini di utilizzo di tecniche di deescalation nei contesti critici di aggressività su operatori. La problematica della gestione dell'aggressività sugli operatori è

sicuramente una nostra **priorità**: dal punto di vista organizzativo, abbiamo cercato di **ripen- sare gli ambienti di presa in carico** del malato in Pronto Soccorso (nell'area a media-bassa intensità di cura) favorendo una presa in carico di equipe che **limiti l'esposizione relazionale individuale** con il malato e i familiari. Inoltre sono state adottate **modifiche strutturali** per tutelare la sicurezza dell'operatore: seconda porta d'uscita per quest'ultimo all'interno degli ambulatori, nuovi sistemi di allarme e potenziamento della sorveglianza.

CONCI: Le **capacità e modalità relazionali** sono alla base di una buona comunicazione all'interno del contesto Emergenza Urgenza. Nel **percorso di inserimento dei neo assunti** vi è un corso di formazione dedicato proprio a questo aspetto. Ciò consente agli operatori di comprendere e **prendere confidenza con strategie comunicative e relazionali**, attraverso analisi di casi reali, per gestire in modo adeguato situazioni critiche. La **formazione** gioca un ruolo fondamentale così come un'altra strategia utilizzata nel nostro contesto è quella del *defusing*: gli **incontri multidisciplinari** proposti agli operatori coinvolti in eventi critici, anche di natura aggressiva permettono loro di parlare di quanto successo e "liberare" le emozioni. Altra strategia importante che viene utilizzata è quella del **coinvolgimento e della presenza il più possibile costante dei familiari/caregiver** che ricoprono un ruolo strategico soprattutto nei casi di anziani con decadimento cognitivo, alto rischio caduta o con diagnosi di ingresso ad evoluzione rapida.

RONC: Penso che riuscire a mettere in campo con sinergia ed equilibrio le nostre competenze tecniche e relazionali possa essere già **garanzia di prevenzione** degli agiti violenti. Abbiamo però implementato anche delle modifiche strutturali per rendere più sicuri gli ambienti del Pronto Soccorso. Mi preme sottolineare che noi operatori sanitari, dietro alla divisa, **siamo pur sempre persone**. Gli episodi violenti, verbali o fisici che siano, lasciano **cicatrici importanti**: possiamo contare su strumenti di supporto come il *defusing* ma è fondamentale che tutti facciano la loro parte. L'organizzazione, gli operatori e la popolazione.

ZORTEA: Il **lavoro di squadra multi-professionale** ha permesso di progettare e programmare tutta una serie di interventi per la messa in sicurezza degli ambienti più a rischio del Pronto Soccorso. In futuro sperimenteremo anche un **sistema di chiamata rapida tascabile** per gli infermieri in triage, che metta in **contatto diretto** le figure addette alla sicurezza (sorveglianza, forze dell'ordine e colleghi in turno), soprattutto nelle **ore notturne e festive** in cui il personale è ridotto.

Crede che sarebbe utile rafforzare e rendere evidente all'opinione pubblica questo fenomeno?

MARCHIORI: il lavoro nel contesto di Pronto Soccorso espone gli operatori ad **elevato stress** che richiede la messa in pratica di **competenze professionali ed umane** complesse. Questo aspetto dovrebbe essere considerato dalla popolazione e **i cittadini credo ci possano aiutare a mantenere la serenità del personale medico ed infermieristico** nell'ambiente

di lavoro, per poter affrontare al meglio tutte le situazioni, lavorando con obiettivi comuni proprio insieme ai malati. Nel 2023 in Pronto Soccorso di Trento ci sono stati circa **91 mila accessi**: un numero altissimo, ma che fa capire quanto sia complesso il nostro lavoro. Serve perciò prendere consapevolezza di una **visione complessiva** della nostra professione.

CONCI: Vorrei che emergesse come, per gli operatori sanitari, il focus del processo di presa in carico e cura è il paziente. **La maggior parte della popolazione non si riconosce nell'agito violento**, dunque punterei più a ribadire le numerose e peculiari competenze degli operatori sanitari all'interno del Pronto Soccorso ed Osservazione Breve e il loro ruolo fondamentale per raggiungere un esito positivo nella cura dell'utente.

RONC: la risposta è sì, però su **diversi livelli**. Da un lato serve una "guida all'uso del Pronto soccorso" per i cittadini, che li **orienti** anche sui percorsi, le codifiche di priorità e i tempi di attesa. Dall'altro dovremmo **investire nel far emergere la figura degli operatori sanitari**: abbiamo vissuto gli anni della pandemia come eroi ed ora invece siamo spesso messi in discussione, anche dai pazienti stessi. Bisogna far riacquistare la **fiducia** nel professionista sanitario e nelle competenze che mette al servizio della popolazione.

ZORTEA: maggiore è la **consapevolezza dell'utenza** nei confronti del funzionamento del sistema sanitario, maggiore sarà la loro **tolleranza** nei nostri confronti. I problemi ci sono, non possiamo negarlo, ma bisogna far conoscere ai cittadini il nostro ruolo di professionisti all'interno di una organizzazione così complessa.

Le parole dell'infermiera esperta

In questa sezione riportiamo invece l'intervista realizzata all'infermiera esperta dott.ssa **Alessandra Valdan**.

Rispetto alla Sua esperienza, quali fasi della presa in carico dell'utente da parte dell'equipe medico-infermieristica in pronto soccorso sono più spesso associate a episodi di violenza fisica e verbale?

Ritengo che i momenti particolarmente a rischio siano due. Il primo è l'**assegnazione del codice** e del **colore** in triage: soprattutto quando si tratta di casi **bianchi** o **verdi**, ci sono pazienti che già in quel momento danno **segnali di nervosismo**, perché **erroneamente pensano ad una sottostima del loro problema di salute**. L'altro momento invece è quando i pazienti capiscono quali sono i **tempi di attesa dal momento del triage al momento della visita medica**, in molti casi **molto prolungati**. Quest'ultima fase è sicuramente quella più critica. Il problema è che spesso i cittadini non conoscono l'organizzazione del sistema sanitario sul territorio, ignorano che ci siano le guardie mediche o che come prima cosa sia meglio sentire il proprio medico curante. Così vengono subito in ospedale.

Quali sono, secondo Lei, i fattori determinanti che possono portare a un'escalation tale da arrivare ad atteggiamenti aggressivi fisici e verbali verso gli operatori del pronto soccorso?

Alcuni riguardano il paziente stesso. I fattori possono essere soggettivi e portare a diverse reazioni. Tuttavia, in alcuni casi abbiamo assistito anche a **problemi psichiatrici ed abusi di alcol** che ovviamente possono **incidere sull'aggressività**. E se penso alle nuove generazioni, spesso i giovani vogliono tutto subito ed hanno meno pazienza degli anziani. Inoltre, non dimentichiamo il **sovraffollamento**. C'è poi la questione della **formazione degli infermieri** e della loro **esperienza**: la comunicazione è una competenza essenziale in casi critici.

Crede che sarebbe utile rafforzare e rendere evidente all'opinione pubblica questo fenomeno?

Onestamente, non saprei. Non riesco ad immaginare **come potrebbero reagire i cittadini**. Ritengo invece sarebbe più giusto **formare questi ultimi** rispetto a come **ridurre gli accessi impropri** in pronto soccorso.

Rispetto alla Sua esperienza, qual è l'impatto emotivo e professionale del fenomeno delle aggressioni, sia fisiche che verbali, all'interno dell'attività lavorativa quotidiana?

Ho subito **aggressioni verbali** e ho visto un collega subire **spintoni da un paziente**. Sono episodi che ti lasciano **paura, agitazione**, ma anche una **grande demotivazione**. E noi ci ricordiamo soprattutto di queste vicende, rispetto invece ai pazienti che ringraziano per una corretta presa in carico. In ogni caso, **sappiamo di aver fatto tutto il possibile**, ma di contro vediamo un paziente che **minaccia, aggredisce e sminuisce** il nostro lavoro. Non è semplice, pur provando a comprendere che, dopo anche otto ore di attesa, una persona possa innervosirsi. Ma non possiamo farci nulla.

Quali strategie adotta quando si trova di fronte a una situazione a rischio? E quali possono essere utili per prevenire ed arginare simili fenomeni, rendendo più sicuro il lavoro in pronto soccorso?

Prima di arrivare a questo punto, ritengo **fondamentale un'adeguata prevenzione** all'aggressione. Vuol dire **informare i pazienti** sui tempi d'attesa, sul **significato dei colori** per i diversi casi, su ciò che verrà fatto per loro e come ci muoveremo. Ma se la persona si innervosisce entrano in gioco **comunicazione, ascolto e competenze di deescalation**. Ci sono poi altri "strumenti": diverse volte ho segnalato a pazienti nervosi che abbiamo **telecamere di sicurezza** per smorzare i toni. E nei casi estremi, si chiamano le **forze dell'ordine**.

Ci racconti un evento che l'ha particolarmente colpita e quali strategie ha messo in campo per gestirlo

La **mia prima aggressione verbale**, un paio di anni fa. Ho iniziato il turno alle ore 21 e ricordo un paziente in codice verde che, da diverse ore, si trovava in sala d'attesa. Aspettava la valutazione medica. Stavo facendo i triage e alle 22 l'ho chiamato per rivalutarlo: in quel momento ha iniziato a dire che era tutto inutile perché lui necessitava di essere visitato da

un medico, alzando la voce. Ho provato a calmarlo, ma è tornato in sala. Si è poi ripresentato insieme alla moglie, minacciando di denunciarmi e dicendo che, se gli fosse successo qualcosa, non l'avrei passata liscia. Ho continuato a lavorare ma ha iniziato ad osservarmi, intimidirmi e mettermi paura. Dopo nuove urla e minacce, ho chiamato le forze dell'ordine. Poi ho chiesto la sostituzione ad un collega perché ero rimasta davvero scossa.

Le considerazioni del Presidente OPI Pedrotti e l'impegno dell'Ordine

“Il fenomeno delle aggressioni agli infermieri è rilevante ed è in continua evoluzione, come emerge dai dati ufficiali e dalle storie di professionisti raccolte in questo articolo – ha spiegato il presidente dell'OPI Trento Daniel Pedrotti. – Il vissuto di un infermiere che in qualche modo viene aggredito è un vissuto che fa fatica ad essere elaborato e segna un trauma nel professionista. E c'è ancora molto sommerso, infatti spesso le aggressioni verbali non vengono nemmeno denunciate. L'aggressione è l'effetto di molteplici cause, tra cui i modelli organizzativi, le mancate risposte che i cittadini subiscono e l'ormai cronica carenza di personale, che peggiora una situazione di disagio organizzativo e di stress lavorativo. I bisogni dei cittadini spesso non vengono orientati verso i luoghi di assistenza e cura più appropriati. Ad esempio, molti accessi al Pronto Soccorso non sono legati a situazioni di criticità vitali. Emergono invece bisogni di ascolto, necessità di presa in carico di situazioni complesse, che sfiorano la sfera socio-assistenziale. I cittadini si aspettano quindi una risposta da un servizio, da una struttura, che spesso non è quella corretta. Occorre quindi investire affinché vi siano servizi territoriali sempre più capillari, proattivi e conosciuti, fra cui fondamentale e urgente è l'attivazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità”.

La priorità nel contrastare gli episodi di violenza, afferma Pedrotti:

“ È lavorare sulla prevenzione. Per questo è necessario che le istituzioni promuovano campagne di sensibilizzazione verso questo fenomeno e attivino programmi in-

tegrati e multimodali di prevenzione e interventi di gestione che garantiscano una maggiore tutela e sicurezza degli operatori sanitari all'interno del luogo di lavoro. È necessario poi diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza nei servizi sanitari, identificare i fattori di rischio per la sicurezza del personale e attivare appropriate strategie formative, organizzative, strutturali e tecnologiche. Solo la sinergia fra istituzioni e l'impegno comune possono migliorare l'approccio al problema e assicurare un ambiente di lavoro sicuro”.

E in questa direzione, proprio su iniziativa dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Trento, si è recentemente svolto un tavolo inter-istituzionale fra assessorato provinciale alla Salute, Dipartimento alla Salute della PAT, APSS e OPI, finalizzato a fare il punto sulle aggressioni agli operatori sanitari, a condividere le linee di intervento già in essere e le priorità da sviluppare per prevenire e contrastare questo fenomeno.

Un fenomeno in continua evoluzione e con molto sommerso. Bisogna lavorare sulla prevenzione, sulla sensibilizzazione e sulla sicurezza, con tolleranza zero

Giornata internazionale dell'infermiere 2023: "Arte e scienza in evoluzione"

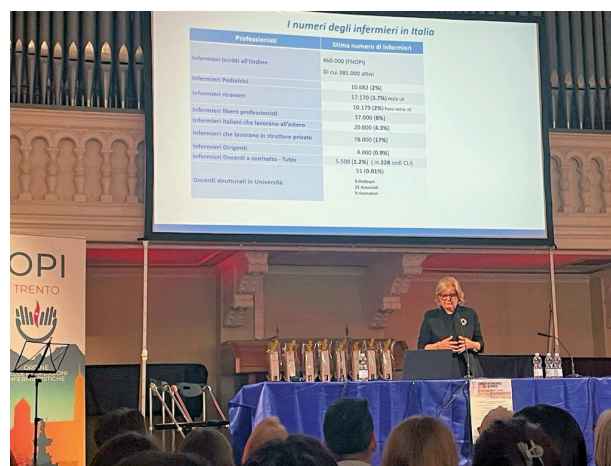
a cura di **Nicola Maschio** - Giornalista Ufficio stampa OPI Trento

Sono stati oltre 180 i partecipanti alla **Giornata internazionale dell'infermiere 2023** – celebrata come di consueto nel giorno della nascita di **Florence Nightingale** – che, lo scorso **12 maggio**, si sono dati appuntamento alla **Filarmonica di Trento**, per l'evento organizzato dall'Ordine delle Professioni infermieristiche provinciale dal titolo *"Il talento degli infermieri – Arte e scienza in evoluzione"*.

Un momento di confronto in cui sono emerse le **sfide quotidiane** alle quali infermiere ed infermieri sono chiamati, le **soddisfazioni** della loro professione, ma anche le **criticità** di un sistema sanitario che, come emerso chiaramente dopo la pandemia di CoViD-19, si mostra ad oggi **fragile** e in affanno.

Dopo la *lectio magistralis* della professoressa **Luisa Saiani** (già ordinaria di Scienze Infermieristiche presso l'Università degli Studi di Verona e iscritta all'Ordine di Trento), da cui sono emerse **rilevanti chiavi di lettura** per comprendere il **presente** e per **immaginare il futuro** della professione infermieristica, il cuore dell'evento è stato senza dubbio la **tavola rotonda**. Il dibattito ha visto coinvolti **sei infermieri specialisti** in diversi ambiti clinici e della formazione e del coordinamento, ma anche le nuove generazioni, con **due studen-**

ti del corso di laurea in infermieristica che hanno raccontato, attraverso **testimonianze** ed **esperienze**, quali sono le soddisfazioni, le responsabilità, le fatiche e le sfide di una professione, quella dell'infermiere, in **costante evoluzione** e cruciale per l'impatto sugli esiti di salute dei cittadini e per il sistema sanitario.



Alla tavola rotonda moderata dal giornalista **Nicola Maschio** sono intervenuti: **Anita Bevilacqua** (infermiera specialista in formazione), **Manuela Carotta** (infermiera specialista in nursing geriatrico), **Massimo Di Benedetto** (infermiere specialista in emergenza-urgenza), **Serena Minetto** (infermiera pediatrica), **Serafina Pinamonti** (infermiera già coordinatrice area medica), **Simone**

Wegher (infermiere specialista in cure palliative) e gli studenti del 3° anno del Corso di Laurea in Infermieristica sede di Trento **Paola Scartezzini** e **Andrea Giovanninetti**. A seguire, sono stati presentati i risultati preliminari del progetto *"OPI incontra gli iscritti"* ed è stato dato il benvenuto agli infermieri neo-iscritti all'interno dell'Ordine. *"Oggi ricorrono i 203 anni dalla nascita di Florence Nightingale, infermiera fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna. Fu la prima ad applicare il metodo scientifico a questa disciplina – ha spiegato nel proprio discorso il presidente dell'OPI Trento, Daniel Pedrotti. – Lo slogan lanciato a livello nazionale per questo 12 maggio, che cita arte e scienza, affonda le proprie radici e richiama i valori fondanti dell'infermieristica in cui, già nel 1800, credeva Nightingale. Le cure, che come infermieri realizziamo nei vari contesti sanitari e socio-sanitari, mettono al centro la persona e la famiglia e, per l'appunto, sono arte e scienza che richiedono intelligenza, abilità, competenze sempre più specialistiche e una formazione universitaria e continua di alta qualità. Gli infermieri sono cruciali per il sistema salute. Sono detentori di un*



sapere che permette di agire cure infermieristiche che determinano, come dimostrato dalla letteratura scientifica, migliori gli esiti di salute in termini di riduzione della mortalità e delle complicanze, di miglioramento del processo di guarigione e di qualità di vita. Questa è una grande soddisfazione e un orgoglio per noi infermieri perché le nostre azioni, i nostri gesti di cura, contribuiscono in modo tangibile a tutelare la salute dei cittadini come sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

Lo slogan lanciato a livello nazionale per questo 12 maggio, che cita arte e scienza, affonda le proprie radici e richiama i valori fondanti dell'infermieristica, mettendo al centro la persona e la famiglia con intelligenza, abilità e competenze specialistiche

Tuttavia, non possiamo non esprimere, come infermieri, la preoccupazione per le fragilità e l'affanno del nostro Servizio Sanitario nazionale e provinciale che sono sotto gli occhi di tutti. I principi fondamentali di universalità, equità e uguaglianza



sono a forte rischio. Anche per l'OMS, i professionisti sanitari sono la **spina dorsale della sanità** su cui investire per il mantenimento dello stato di salute, il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile e la crescita economica del Paese e quindi della nostra Provincia. È necessario intervenire con urgenza, affinché il sistema salute trentino ritorni ad essere **attraattivo** per gli infermieri, a partire dall'**affermare il valore delle competenze infermieristiche**, anche attraverso il riconoscimento delle **reali responsabilità** assunte, fino all'**innovazione dei modelli organizzativi** per garantire **appropriatezza e qualità delle cure** e **sostenibilità del sistema salute**".

Nella prima fase dei lavori, oltre al video-

saluto della presidente della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) **Barbara Mangiacavalli**, è intervenuto anche il presidente della Consulta per la Salute della Provincia Autonoma di Trento **Renzo Dori** e, in conclusione, l'assessora provinciale alla salute, politiche sociali, disabilità e famiglia **Stefania Segnana**, che ha evidenziato come questa professione sia **centrale** non solo nell'ambito sanitario ma anche nelle **comunità**, come peraltro messo in luce dalla pandemia: "Anche se in Trentino il rapporto percentuale con la popolazione è vicino alle medie europee, ovvero di **quasi 8 infermieri ogni mille abitanti** a fronte di un dato italiano che si ferma a 5,8, stiamo lavorando per rendere sempre più **attraattiva** questa professione. Ricordo ad esempio l'**aumento dei posti al corso di laurea in infermieristica**, che entro il 2024/2025 sarà portato a 200 a fronte degli attuali 160, l'**attivazione di nuovi corsi di laurea** fra cui la laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed Ostetriche ad indirizzo cure primarie e di comunità e, non ultimo, il forte impegno di questa amministrazione anche sul **profilo contrattuale**".



Assemblea generale iscritti: servono interventi concreti nel sistema sanitario provinciale

a cura di **Nicola Maschio** - Giornalista Ufficio stampa OPI Trento

Si è svolta nella serata dello scorso **20 dicembre 2023**, l'assemblea annuale degli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Trento, presso la sala Don Milani del Centro studi Erickson.

Il pomeriggio, tuttavia, si è diviso in due parti: tra le ore 14:30 e le 18:30 i presenti hanno partecipato all'evento formativo *Le dimensioni della responsabilità infermieristica*, mentre successivamente si è tenuta l'assemblea alla quale hanno preso parte circa **130** iscritti. Durante quest'ultima è stato **approvato il bilancio**, si sono discusse le **linee programmatiche** dell'Ordine per il prossimo anno, ma sono anche stati evidenziati diversi **argomenti di forte attualità**, tanto nella professione quanto nella comunità trentina nel suo complesso.

I temi del momento

Tema centrale è stata la **transizione demografica**. In provincia di Trento, così come nel resto d'Italia, è evidente la **diminuzione delle nascite**: sul nostro territorio si è passati dalle **7.367** del 1967 alle **4.743** del 1999, fino alle **3.956** del 2022. A livello nazionale invece si sono registrati **un milione** di nuovi nati nel 1964, circa la metà (**526 mila**) nel 1995 e, lo scorso anno, appena **393 mila**. Il tutto a fronte di un aumento evidente dell'aspettativa di vita, ora di

86,7 anni per le donne e **82,2 anni** per gli uomini in Trentino (in Italia rispettivamente **84,8** e **80,5**), ma anche della netta crescita degli **over 65enni**, che nella nostra provincia sono aumentati di **2.074** unità tra il 2021 ed il 2022 (all'ultima rilevazione sono il **22,9%** della popolazione e dunque **123.916**) e in Italia sono ormai **14 milioni** (si stima che nel 2050 rappresenteranno il **34,9%** della cittadinanza).

Cosa comporta tutto questo a livello sanitario? In Trentino, il **36%** dei cittadini dichiara di avere **almeno una malattia cronica**, mentre il **17%** almeno due. Dati che in tutto il Paese sono molto diversi, rispettivamente al **40%** e al **21%**. Ma c'è un altro numero da evidenziare: nel 2024 ben **10,3 milioni** di persone nel nostro Paese saranno destinate a vivere da sole. Ciò significa, in previsione, **un maggior carico di richieste da gestire** per il sistema sanitario (Eurostat, 2023; ISTAT, 2023; ISPAT, 2023; Rapporto annuale sulla natalità APSS, 2023).

Questo scenario rinforza quindi il principio che il **diritto alla salute** e il **benessere delle persone** devono essere **messi al centro di tutte le decisioni politiche**, non solo sanitarie, ma allo stesso modo ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali, in un approccio *One Health*.

L'intervento del presidente Pedrotti

Una tempesta perfetta. Ha descritto in questo modo l'attuale scenario epidemiologico, demografico e socio economico del Paese il presidente dell'ordine trentino, **Daniel Pedrotti**, che si è concentrato sulle tante questioni che stanno chiamando il sistema sanitario (e in particolare gli infermieri) ad uno **sforzo importante**. "Questo si traduce, purtroppo, in un **impatto negativo sul sistema sanitario e sociale del nostro Paese**. Oggi ci troviamo in uno scenario che deve fare i conti con **risorse sempre più limitate**, che si riflettono anche su **retribuzioni degli infermieri molto basse, 23% in meno rispetto alla media OCSE**, e con la **carenza di professionisti**.

C'è un problema di **attrattività**, legato però al sistema sanitario: **la nostra professione offre molte soddisfazioni, ma gli infermieri non vengono valorizzati sotto tanti punti di vista**. Penso ad esempio anche al tema della **carriera: un infermiere entra nel siste-**

ma sanitario e non trova percorsi di crescita professionale, in particolare nella clinica e nella formazione, nonostante il possesso di competenze avanzate certificate da Master, Laurea Magistrale e corsi di perfezionamento. È necessario intervenire con politiche che permettano agli infermieri di lavorare in un ambiente sicuro e stimolante. Altra priorità è mettere a terra modelli organizzativi innovativi ad alta autonomia per le professioni sanitarie e avviare un percorso di evoluzione della professione infermieristica in risposta i nuovi bisogni di salute della popolazione. Tale percorso potrebbe riguardare anche la prescrizione infermieristica di presidi sanitari utili nella pratica assistenziale. E proprio alla politica provinciale, facciamo un appello: usiamo l'autonomia, attraverso la quale abbiamo l'opportunità di essere laboratorio di sperimentazione di innovazioni in grado di migliorare il nostro sistema sanitario, di distinguerci per buone pratiche e di investire sul capitale umano".



Risorse limitate,
retribuzioni basse,
attrattività: siamo in una
tempesta perfetta.
Ma la professione
continua ad offrire molte
soddisfazioni

I numeri della professione infermieristica trentina

In Italia sono **456.698** gli infermieri e infermieri pediatrici. In Trentino gli iscritti all'albo hanno raggiunto quota **4.498** (dato al 15 dicembre scorso) con un saldo iscrizioni-cancellazioni che, nel 2023, segna un positivo **+65**, ovvero 175 contro 110. Gli infermieri nella nostra provincia sono **4.456**, mentre gli infermieri pediatrici sono **42**. Sempre prevalente la componente femminile nel settore, **3.765** donne (83%) contro **733** uomini.

Nel prossimo futuro però peserà parecchio l'età degli infermieri: **592** sono coloro che hanno tra 56 e 60 anni, ben **755** quelli che rientrano nella fascia 51-55 e **656** infine le infermiere e gli infermieri nel range 46-50 anni. Sostanzialmente, il **45%** degli infermieri trentini ha tra 46 e 60 anni, il che significa che entro i prossimi quindici anni saranno circa **duemila** coloro che usciranno dalla professione in Trentino, praticamente **130 all'anno**. Positivo però il numero degli infermieri tra 26 e 30 anni (**566**) e tra 31 e 35 anni (**506**), due fasce che rappresentano il **24%** del totale iscritti.

Ancora, la provincia di Trento si attesta a **7,8 infermieri ogni mille abitanti**, meglio del valore italiano (**6,2**) ma ancora inferiore a quello medio OCSE (**9,2**). Attualmente, sul nostro territorio, mancano in tutto circa **253 infermieri** a livello strutturale ed altri **180/200 infermieri di famiglia e comunità**: la necessità dunque sarebbe tra i **433** ed i **453 infermieri** in Trentino.



OPINCONTRA: un confronto con gli iscritti sul territorio

a cura di **Fabrizio Trentin** - Consigliere Consiglio Direttivo OPI Trento

Nell'anno 2023 l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Trento ha organizzato una serie di incontri su tutto il territorio della provincia. Questi eventi erano aperti a tutti i gli infermieri e sono stati moderati da alcuni colleghi che fanno parte dell'OPI di Trento. Gli obiettivi di queste giornate sono stati molteplici, tra i quali rafforzare la coesione all'interno della comunità professionale, far conoscere

le finalità e i compiti dell'Ordine e dare voce a tutti i professionisti che lavorano nelle diverse realtà del Trentino.

Nel periodo tra aprile e settembre si sono svolti cinque incontri distribuiti nelle diverse valli: il 19 aprile a Cles, il 28 aprile a Borgo Valsugana, a Cavalese e ad Arco, l'8 maggio a Tione e infine il 6 settembre a Malé. In queste occasioni c'è stata l'opportunità di discutere e porre quesiti spe-





cifici su tematiche di pertinenza ordinistica e di raccogliere opinioni, richieste e suggerimenti da parte dei colleghi che hanno partecipato.

In particolare, un **argomento comune** discusso in quasi tutti gli incontri è stata la **scarsa attrattività del sistema nei confronti della nostra professione**. Molti infermieri sostengono che **non sia il nostro lavoro ad aver perso fascino**, ma è un **problema di organizzazione**. Una frase emersa da una collega della Valsugana è

stata la seguente: *“Consiglierei sempre e comunque a mio figlio di fare l’infermiere, è la professione più bella del mondo, ma sarei molto preoccupata del contesto organizzativo in cui andrebbe a lavorare”*.

Vi è stato molto confronto sulle strategie per migliorare questa situazione di scarsa attrattività e tutti concordano che sia necessario aumentare la **valorizzazione della nostra professione**. Ad esempio sarebbe importante una **valorizzazione giuridica ed economica delle specializzazioni infermieristiche** e l’**abolizione del vincolo di esclusività** (tematiche già prese in considerazione dall’OPI di Trento). Altri argomenti discussi durante questi incontri sono stati il **problema delle aggressioni**, soprattutto in pronto soccorso, la **carenza di infermieri**, e infine la **formazione ECM**.

La partecipazione è stata eterogenea nelle diverse valli, in particolare 17 colleghi all’evento di Cles. Ma è stata riscontrata **grande soddisfazione** da parte di coloro che hanno partecipato e il loro invito è stato quello di **organizzare altre iniziative di questo tipo** cercando di mantenere la stessa modalità di conduzione con la quale si sono sentiti **molto liberi di esprimere tutti i loro quesiti**.



Infermiere di Famiglia e Comunità: progetto di sviluppo nella Provincia Autonoma di Trento

a cura di **Maria Brentari** - Presidente Commissione albo infermieri OPI Trento
e **Daniel Pedrotti** - Presidente OPI Trento

Gruppo di lavoro tecnico

Franca Bellotti & Grazia Pocher (Provincia Autonoma di Trento)

Maria Brentari (Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia Autonoma di Trento)

Anna Brugnolli (Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia Autonoma di Trento & Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari)

Paola Stenico & Stefano Toccoli (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari)

Matteo Giuliani (Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia Autonoma di Trento)

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Trento accoglie con **soddisfazione** l'adozione della Delibera della Giunta Provinciale n. 1911 del **13 ottobre 2023** di approvazione del documento di indirizzo "*Infermiere di famiglia e comunità – Progetto di sviluppo nella Provincia Autonoma di Trento*".

A seguito delle interlocuzioni tra Ordine degli Infermieri e assessorato alla Salute, è stato **istituito un gruppo di lavoro** composto da referenti della Provincia Autonoma di Trento, **Franca Bellotti** e **Grazia Pocher**, dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia Autonoma di Trento,

Anna Brugnolli e **Maria Brentari**, dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, **Anna Brugnolli**, **Paola Stenico**, **Stefano Toccoli** e dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia Autonoma di Trento, **Matteo Giuliani**.

Nello specifico, il documento prodotto dal gruppo di lavoro, che si inserisce nella cornice di applicazione del "*Documento di Programma – L'assistenza infermieristica nel Sistema trentino*", sottoscritto in data 17 maggio 2022 dall'assessore alla Salute, politiche sociali, disabilità e famiglia, **Stefania Segnana**, e dal Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Trento **Daniel Pedrotti**, individua le **competenze** dell'Infermiere di Famiglia



e Comunità e **definisce le linee indirizzo** per la declinazione dell'**innovativo modello professionale** nella nostra Provincia.

Nei prossimi mesi, in coerenza con quanto definito dalla delibera, saranno **adottati i dovuti provvedimenti per la pianificazione** e la **messa a terra** dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, nel solco degli orientamenti internazionali e nazionali di un **potenziamento dell'assistenza territoriale** basata sulla **prossimità** e la **proattività**.

L'IFeC: estratti dalla delibera PAT n. 1911 del 13 ottobre 2023

L'Infermiere di Famiglia e Comunità: quadro di riferimento nazionale

Nel corso degli anni, la professione infermieristica, a seguito di un processo di **espansione ed estensione** del ruolo, attraverso la **formazione**, ha assunto in tutto il mondo **forme di assistenza avanzata** nelle cure primarie. In alcuni contesti, per migliorare l'accesso ai servizi, si assiste ad una **condivisione di attività fra la professione medica e infermieristica**. In altri contesti, infermieri specializzati sono stati inseriti in ruoli complementari a quelli già esistenti, per **ottimizzare la gestione delle persone con patologie croniche** in termini di riduzione dei tassi di ospedalizzazione, miglioramento dei parametri clinici e soddisfazione dell'utenza. In risposta agli obiettivi del Documento Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si sono sviluppati percorsi di formazione di nuove figure infermieristiche, tra cui quella dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), prevista dal **DL n. 34/2020** (c.d. *Decreto Rilancio*) e definita nel profilo di competenza dal **DM n. 77/2022** come recepito con la deliberazione della Giunta provinciale n. 223/2023. Caratteristica di questa figura è l'**interesse verso l'individuo, la famiglia, la comunità e la casa** come ambiente in cui i membri

della famiglia possono farsi carico dei problemi di salute.

L'infermieristica ha assunto in tutto il mondo forme di assistenza avanzata. In risposta al Documento Salute dell'OMS, si è sviluppata la figura dell'IFeC

Il recente Position Statement pubblicato da **FNOPI** (2020) definisce l'Infermiere di Famiglia come *"il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di competenze specialistiche nella disciplina infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica. Agisce le competenze nell'erogazione di cure infermieristiche complesse, nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità, operando all'interno del sistema dell'Assistenza Sanitaria Primaria. L'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFeC) ha come obiettivo la salute e risponde ai bisogni di salute della popolazione adulta e pediatrica di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Agisce in autonomia professionale, in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociali e con gli altri professionisti del Servizio Sanitario Nazionale. L'IFeC può operare in modelli assistenziali di cure primarie molto diversi per le diverse caratteristiche del contesto territoriale. Zone urbane ad elevata intensità, periferiche cittadine, paesi isolati, zone montane che richiedono soluzioni organizzative e di intervento specifiche"*.

All'interno del Position Statement FNOPI si evidenzia come la strada da intraprendere sia quella della messa a regime di modelli di **Welfare generativo di comunità**, in grado di **potenziare il capitale sociale** esistente e di **aumentare la sostenibilità** del sistema stesso. Le recenti esperienze sul territorio italiano sono volte a privilegiare, ove possibile, le cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione, garantendo le prestazioni sanitarie necessarie ed attivando le risorse formali e informali della comunità per dare supporto alla persona e alla famiglia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana (FNOPI, 2020). Nelle regioni dove il modello professionale dell'IFeC è già stato adottato, ha dimostrato una **riduzione delle ospedalizzazioni** (10%), del **numero di codici bianchi al pronto soccorso** (20%), oltre che **una miglior presa in carico** e un **apprezzamento da parte dei cittadini**.

Si va verso modelli di welfare generativo di comunità: dove adottato, l'IFeC ha ridotto le ospedalizzazioni e portato ad una miglior presa in carico dei pazienti

Il **DM n. 77/2022** individua nell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) la figura professionale che nel contesto distrettuale, attraverso una **presenza continuativa e proattiva** nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica ai **diversi livelli di complessità** in col-

laborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione), perseguendo l'**integrazione interdisciplinare sanitaria** dei servizi e dei professionisti e **ponendo al centro la persona**.

Solo **conoscendo l'ambiente di vita** (famiglia, comunità) della persona, infatti, è possibile condividere con il paziente **aspettative, obiettivi di salute e percorsi di cura**. L'infermiere di famiglia e di comunità **orienta le persone e famiglie** nella complessa rete dei servizi territoriali presenti in uno specifico territorio di riferimento facilitandone l'accesso appropriato e tempestivo. In tal modo permette a tutti gli utenti, e in particolare a quelli con difficoltà socio-economico-culturali, di **accedere facilmente ai servizi socio-sanitari territoriali**, contribuendo così all'**equità del sistema di cure**.

I diversi livelli di intervento

L'intervento dell'IFeC si esprime su due livelli:

Individuale e familiare – Attraverso **interventi diretti e indiretti** che hanno come destinatari la **persona**, la sua **famiglia** e le sue **persone di riferimento**. Favorisce la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua **autonomia decisionale**, grazie ad un'offerta assistenziale capace non solo di garantire prestazioni che può comunque erogare, specie se complesse, ma soprattutto di **anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi**, con l'obiettivo finale di accompagnare i cittadini nel loro percorso di gestione del processo di salute e di vita, del quale diventano protagonisti portando alla luce i potenziali di cura dei singoli e delle famiglie;

Comunitario – Attraverso **azioni rivolte alle comunità**, all'interno di una rete distret-

tuale di **relazioni e connessioni** formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo hanno generato. L'IFeC **interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità** sotto forma di istituzioni, volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità e **contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità**. L'IFeC non è solo un erogatore di *care*, ma attivatore di potenziali di *care*, presenti in modo latente nella comunità e che possono produrre benefici cognitivi, affettivi, emotivi e di legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico. L'IFeC **promuove l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali** e le possibili risorse formali e informali presenti sul Distretto utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute.

Ampliamento dell'attuale sistema di cure infermieristiche domiciliari con l'IFeC

Il sistema dell'assistenza infermieristica territoriale in APSS è attualmente **fortemente strutturato** per dare risposta ai pazienti eleggibili per le cure domiciliari e può essere interpretato attraverso la *piramide di Kaiser* che stratifica la popolazione per **livelli di rischio** di carico assistenziale, individuando target di intervento differenziati e progressivi quanto a **complessità di bisogno ed intensità di risposta assistenziale**. Si dà risposta a bisogni assistenziali di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti che, a causa della malattia, necessitano di **cura, assistenza e riabilitazione al proprio domicilio**, in integrazione ai servizi sociali. I piani di assistenza domiciliare sono differenziati in funzione della complessità assistenziale e il grado di integrazione/collaborazione con il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta (MMG/PLS) **varia a seconda del-**

la tipologia dei bisogni e della specificità dei problemi clinici. L'infermiere, in tale contesto, interviene nella **rilevazione multidimensionale e multidisciplinare del bisogno**, nella **pianificazione ed erogazione dell'assistenza** del paziente affidato. Ha pertanto un ruolo di riferimento per la persona e per la famiglia per la realizzazione del piano assistenziale domiciliare. Attualmente negli ambiti territoriali della provincia di Trento gli infermieri garantiscono le **cure domiciliari**, ovvero un insieme di attività, molto eterogenee, che mirano ad accompagnare nei loro percorsi di cura prevalentemente persone ad "alto rischio" con bisogni complessi e in fase avanzata di malattia o di terminalità (livelli più alti della *piramide di Kaiser* – Figura 1)

Il modello di presa in carico è orientato non solo ad **addestrare i pazienti e/o i loro caregiver all'auto-cura** ma anche ad accompagnare i pazienti in tutto il percorso di malattia.

Oltre all'assistenza diretta a domicilio:

- **garantiscono** l'integrazione ospedale/territorio finalizzata alla gestione delle dimissioni protette;
- **collaborano** nelle sedute UVM, per la concessione degli assegni di cura e ai lavori di Spazio Argento;
- **forniscono assistenza** nei centri per la demenza ed i disturbi del comportamento e supervisionano i progetti ADPD (Assistenza Domiciliare per pazienti con Demenza).

Dall'analisi degli attuali sistemi di offerta provinciali emerge come la risposta prevalente sia focalizzata verso un **target di utenza che comprende persone non autosufficienti**, con un elevato livello di complessità, pluripatologie o in condizioni di fine vita che richiedono una intensiva presa in carico a domicilio. Gli interventi previsti dal **DM n. 77/2022** richiamano interventi di presa in

carico della popolazione sana, potenzialmente a rischio e dell'utenza con malattia cronica a bassa e media complessità. Di qui l'interesse a **sostenere l'offerta territoriale e infermieristica** per livelli di complessità/intensità assistenziale basati sulla **proattività**, sul **coinvolgimento della comunità**, su un **utente sempre più protagonista** del proprio progetto di vita e di salute.

Il modello che si intende promuovere vede nell'IFeC una **strategia per potenziare l'intervento sulle fasce con livelli di complessità/intensità assistenziale medio-bassi** basato sulla proattività, sul coinvolgimento della comunità, sull'empowerment della persona e della famiglia con approccio più estensivo (Figura 1).

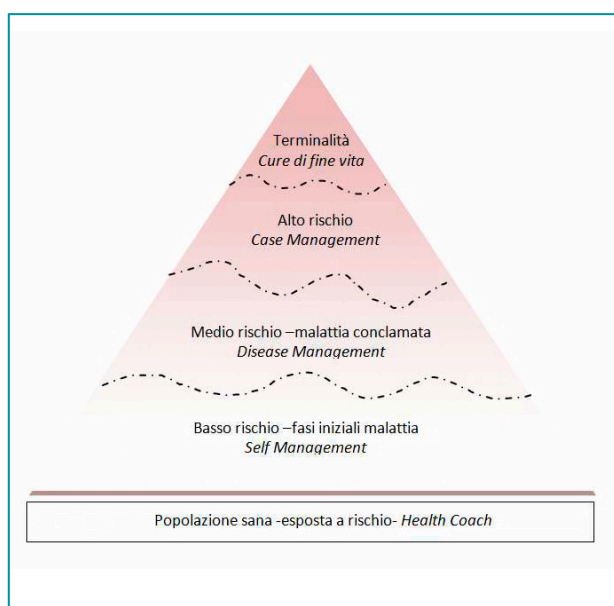


Figura 1. Modello - Piramide di Kaiser

In base alle caratteristiche delle persone prese in carico l'IFeC all'interno della famiglia e comunità può svolgere più funzioni come rappresentato in **Figura 1**. Queste funzioni si possono modificare in base all'**evoluzione della situazione**, non sempre lineare, sono realizzate all'interno del team interdisciplinare di cura formale (ad esempio MMG, PLS, ostetrica, assistente sanitaria, personale della riabilitazione,

assistente sociale) e con il **coinvolgimento delle reti informali** e utilizzo di **strumenti digitali** (telemedicina).

Popolazione sana – La funzione dell'IFeC di "health coach" si sviluppa nel contesto della popolazione sana per promuovere la salute attraverso la **partecipazione da parte della comunità**, addestrando/formando dei **leader informali** affinché si realizzi la **formazione tra pari** per determinati target di utenza. Questa funzione, svolta anche attivando altri professionisti come l'assistente sanitaria, l'ostetrica del Consultorio ed altre figure professionali, è orientata a **sviluppare comunità sane e competenti**, promuovendo e consolidando stili di vita salutari che possono prevenire lo sviluppo delle principali patologie croniche o contrastare l'evoluzione quando presenti in forma subclinica o oligo-sintomatica. Si collega alle forme organizzate e rappresentative della comunità per ottenere la **massima collaborazione** e per poter avere accesso alle fasce di popolazione target. La funzione è prevalentemente di tipo **educativo**.

Basso rischio – L'IFeC garantisce una **presa in carico proattiva** orientata al self-management, dal follow-up, al monitoraggio clinico, all'educazione terapeutica. Svolge attività rivolte ad ottenere la **massima consapevolezza dell'assistito e della famiglia** e la sua piena **alleanza terapeutica** per il controllo della/e patologia/e, l'osservanza dei comportamenti corretti e la miglior aderenza alle terapie. L'obiettivo della presa in carico è quello di **rafforzare l'autocura** e la **capacità di adattamento** e di **auto-gestione** della persona nell'ottica dell'empowerment del sistema famiglia, affinché riescano a fronteggiare e autogestire nel miglior modo possibile i problemi di salute e prevenire le complicanze. Tutto

ciò attraverso un **approccio sistemico ed evidence-based** alle patologie croniche (fisiche, mentali) e mediante un sistema di interventi coordinati e di comunicazioni/informazioni con il paziente e specialisti, che generano un impatto positivo sul livello di compliance e gestione della patologia. L'IFeC contribuisce alla **realizzazione** e alla **gestione** dei percorsi di **diagnosi e terapia cronica**.

Medio rischio – La funzione “*disease management*” dell'IFeC è volta alla presa in carico proattiva della persona con **multimorbilità** e **danni d'organo** ancora contenibili, con **bisogni complessi** ma con autonomia funzionale conservata. Assicura la presa in carico dell'utente e della famiglia attraverso il monitoraggio e il follow-up delle persone portatrici di più malattie croniche, della gestione e del coordinamento del processo di cura dei pazienti allo scopo di ritardare il più possibile l'evoluzione verso la non-autosufficienza e l'aggravarsi della malattia attraverso interventi di educazione terapeutica. La **telemedicina** diventa uno **strumento a supporto** del processo di presa in carico per la prevenzione delle complicanze e il monitoraggio sullo stato di salute.

Alto rischio – La funzione “*case management*” (infermieri di riferimento) dell'IFeC è rivolta a persone con bisogni complessi, con **compromissione dell'autonomia** e in **fase avanzata di malattia** o di **terminalità**, assicurando una presa in carico globale della persona e della famiglia nel suo contesto di vita e garantendo **continuità fra i diversi setting di cura**. I bisogni della persona/famiglia e la tipologia di risposta che da essi deve derivare, orientano la modalità di erogazione della presa in carico che si avvale della competenza specialistica degli infermieri delle Cure Domiciliari e Palliative.

L'IFeC si inserisce nell'organizzazione distrettuale e territoriale aziendale. Esso agisce nei seguenti **ambiti distrettuali** di riferimento:

- **ambulatoriale e/o di Case della Comunità**, come punto di incontro in cui la popolazione/comunità può recarsi per ricevere **assistenza infermieristica a medio-bassa complessità**, interventi di educazione-promozione della salute, **orientamento** e **informazione** relativamente all'offerta sanitaria migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari pubblici;
- **domiciliare**, attraverso **interventi diretti e indiretti in un'ottica proattiva** focalizzati sulla persona e famiglia, con l'obiettivo di favorire la **promozione** ed il **mantenimento** della **salute della persona**, ma anche il rafforzamento della sua **autonomia** attraverso l'attivazione di reti formali e informali;
- **comunitario**, con la **collaborazione con i vari professionisti** sanitari e sociali con l'obiettivo di leggere e interpretare i bisogni del contesto su cui insiste ed assicurare continuità, accessibilità ed integrazione agli interventi di assistenza, attivando risorse formali e informali in un'ottica di **welfare generativo**.

Competenze attese dell'Infermiere di Famiglia e Comunità

Considerando i documenti e posizionamenti internazionali e nazionali (*Family health nursing in European communities*, 2013; ENHANCE, 2017; FNOPI, 2020) e i piani di studio dei percorsi formativi accademici relativi alle Cure Primarie e all'assistenza territoriale sono stati definiti gli ambiti di competenza core dell'Infermiere di Famiglia e Comunità in Provincia di Trento (**Tabella 1**).

Tabella 1 – Competenze core dell'IFeC

Cure Centrate alla persona, famiglia e comunità nella pratica clinica
<i>.....verso la comunità</i>
Analizzare e interpretare attraverso specifici indicatori e le risorse disponibili, la comunità di riferimento, utilizzando un processo partecipativo tra i vari stakeholders
Definire priorità di intervento considerando il profilo demografico della popolazione di riferimento e il punto di vista della persona e del gruppo
Fornire le opportunità, le capacità e le risorse di cui le persone della comunità hanno bisogno per essere cittadini responsabilizzati
Aiutare le persone e la comunità a prendere decisioni efficaci rispetto alla propria salute
Integrare e porre in un rapporto di complementarietà i diversi tipi di cura formale (MMG, Inf, Ost) e informale (familiare, amici, volontariato, vicinato) promuovendo la comunità
Collaborare alla costruzione condivisa di iniziative di care nelle comunità locali e generative di relazioni sociali
Raggiungere i gruppi svantaggiati ed emarginati di una area territoriale al fine di garantire l'accesso ai servizi e alle risorse auto-prodotte dal territorio
Attivare strategie preventive di sanità pubblica e di costruire reti sia tra i servizi dell'area sanitaria e sociale che con le risorse presenti nella comunità di riferimento, al fine di sostenere le famiglie con forme di solidarietà e supporto comunitarie
Adottare strategie di integrazione sociale che regolino la convivenza interetnica con particolare attenzione alla salute
Integrare e porre in un rapporto di complementarietà la promozione e prevenzione della salute rivolte alla comunità scolastica nell'ottica di un ambiente sicuro (vaccinazioni, stili di vita, gestione malattie croniche)
Collaborare nella progettazione e realizzazione di interventi di promozione della salute, educazione alla salute e educazione terapeutica rivolti al singolo, famiglie, gruppi e alla comunità in modo integrato con altri professionisti (es. ostetriche, assistenti sanitari)
<i>...verso la famiglia e la persona</i>
Analizzare le abilità di vita e i bisogni sociosanitari della persona, della famiglia in modo olistico utilizzando approcci, metodi e strumenti di valutazione diversificati e personalizzati quali anamnesi, test di screening, valutazione dell'obiettività, ecofast al fine di collaborare/contribuire al percorso diagnostico
Condurre la valutazione della rete familiare inclusa quella dei determinanti della salute che incidono sul contesto
Condurre colloqui con paziente e familiare per costruire, attraverso l'eco-genogramma, la rete sociale di sostegno ed individuare soluzioni e interventi condivisi
Fornire un'assistenza coordinata basata sul rispetto delle preferenze, dei valori, dell'expertise dei membri della famiglia dei pazienti
Valutare i bisogni di orientamento del paziente e della sua famiglia rispetto ai servizi sociosanitari esistenti e ai percorsi necessari per la loro attivazione

Offrire consulenza per problemi clinici, psico-sociali, cognitivi, socio-sanitari e/o interventi complessi
Riferimento transizioni fra servizi (dimissioni ospedalieri, passaggio a forme di presa in carico intensiva a domicilio)
Sostenere la persona nel mantenimento della massima autonomia residua
Monitorare, misurare e documentare i risultati/outcome delle cure
Advocacy
Valutare con l'équipe multidisciplinare (MMG, Ass. Sociale) dilemmi etici correlati all'assistenza, all'accompagnamento nel fine vita, alla libertà di scelta delle persone assistite e contribuire alla definizione di scelte e/o comportamenti da adottare (direttive anticipate di trattamento, pianificazione condivisa delle cure)
Favorire e rafforzare legami solidaristici in risposta ai bisogni di salute della persona attraverso l'attivazione delle risorse informali della comunità e interventi/azioni di inclusione sociale
Promozione della salute e educazione terapeutica
Riconoscere all'interno della comunità i determinanti di salute e identificare le possibili azioni di promozione e prevenzione attivabili
Adottare strategie educative per favorire corretti stili di vita e comportamenti di autocura del paziente e della famiglia
Rafforzare il senso di autonomia e autodeterminazione dei pazienti e dei familiari attraverso l'educazione e tecniche di counselling
Monitorare i risultati dell'educazione e fornire consulenza per il cambiamento del/dei comportamento/i di autocura
Comunicazione/relazione efficace e teamworking
Agire una pratica interprofessionale collaborando e/o attivando varie professionalità: assistente sociale, assistente sanitaria, ostetrica, personale della riabilitazione, MMG/PLS, medici specialisti
Agire funzioni di tutorato, coaching/consulenza verso studenti e infermieri novizi
Utilizzo di tecnologie e innovazione
Utilizzare e promuovere nuovi strumenti di sanità digitale quando applicabili, tra cui telemedicina, documentazione assistenziale integrata.
Apprendimento continuo e ricerca
Contribuire alla definizione di un piano sistematico di miglioramento continuo della qualità e definire standard e indicatori condivisi per la valutazione dell'assistenza pertinente
Proporsi come agente di cambiamento, attraverso l'uso delle evidenze scientifiche per dare un contributo sostanziale al miglioramento della salute della popolazione e degli esiti clinici

Opportunità e vantaggi

Le opportunità e ricadute derivanti dal modello assistenziale basato sull'infermieristica di famiglia e di

comunità per il cittadino e per la professione infermieristica sono:

- il **cambiamento culturale** nei professionisti operanti sul territorio e nel sistema organizzativo (sanitario e amministrazioni locali) nel suo insieme per garantire **risposte globali** ai bisogni di salute e con un **orientamento** alla famiglia e alla comunità;
- un **modello pro-attivo e relazionale** e non prestazionale (che enfatizza l'accoglienza della domanda anziché l'offerta dei servizi);
- un **modello di prossimità** e di **pro-attività anticipatorio** del bisogno di salute rivolto a tutta la popolazione, malata o sana;
- il **consolidamento** nelle Cure Primarie degli elementi costitutivi del *Chronic Care Model* in cui la gestione dei pazienti con una o più condizioni di cronicità è affidata ad un **team multi professionale** nel quale operano il MMG/PLS, l'IFeC, l'assistente sociale e vari professionisti in base alle esigenze dell'assistito;
- la **finalizzazione** dell'azione fondamentale degli IFeC all'**attivazione e potenziamento della rete sociosanitaria** con un'azione che si sviluppa dentro le comunità e con le comunità;
- una **matrice culturale comune ai professionisti sanitari operanti sul territorio** basata sui principi disciplinari dell'IFeC attraverso un percorso formativo strutturato anche in collaborazione con l'università;
- l'**aumento dell'efficacia** delle cure infermieristiche e dell'**efficienza** nell'erogazione dei servizi attraverso IFeC con competenze avanzate acquisite con percorsi accademici;
- lo **sviluppo del ruolo sociale** della professione infermieristica e la **promozione di funzioni distintive** altamente professionizzanti.

Indirizzi per l'attuazione del progetto

Di seguito si forniscono alcune **azioni e orientamenti** per l'inserimento del ruolo di IFeC nel territorio trentino secondo il modello finora proposto, tenuto anche conto delle "*Linee di indirizzo infermiere di famiglia o comunità*" emanate da Agenas in data 20 settembre 2023:

- **attivare modelli predittivi** che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattore di rischio e l'individuazione dei destinatari della presa in carico effettiva dell'IFeC nelle sue varie funzioni (*health coach, self management, disease management*);
- prevedere che al ruolo di IFeC siano **assegnati in via preferenziale gli infermieri in possesso del titolo accademico specifico** (Master di I livello in Infermieristica di Famiglia e Comunità o affini) e di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche con indirizzo in cure primarie;
- prevedere che, nei primi cinque anni dall'approvazione del presente Documento di indirizzo, a tale ruolo possano essere **assegnati gli infermieri che operano in ambito territoriale o affine da almeno due anni**, tramite frequenza e superamento di uno specifico percorso formativo provinciale progettato e realizzato in sinergia con l'Università;
- dedicare in fase iniziale gli IFeC alle **fasce di popolazione con livelli di complessità/intensità assistenziale medio-bassi** (malattia conclamata e fasi iniziali della malattia);
- **definire un bacino di utenza** per l'IFeC che sia **coerente con le caratteristiche geografiche e demografiche del territorio di riferimento** e che consenta di attivare un servizio di assistenza infermieristica costantemente presente nella comunità/famiglia e che da queste sia riconosciuto come riferimento assistenziale in stretta collaborazione con le risorse attive nella comunità;

- tenere **congiunte**, considerati i principi del modello proposto, la **struttura organizzativa e geografica** della Provincia Autonoma di Trento, le **competenze di famiglia e comunità** per una declinazione efficiente delle funzioni dell'Infermiere di Famiglia e Comunità;
- procedere progressivamente al **reclutamento dell'IFeC** secondo lo standard definito dal DM n. 77/2022.

Concludendo, si riportano di seguito le parole usate in un'intervista da una delle pioniere dell'IFeC, la dott.ssa **Mara Pellizzari**, con i suggerimenti per promuovere oggi l'attivazione di questa figura.

*"Potrei dire che l'infermieristica di comunità è un modo d'essere. Occorrono alcuni ingredienti fondamentali e tra i primi annovererei una **motivazione forte a garantire una presa in carico** ai cittadini fragili reale, autentica, globale, prossimale nei luoghi di vita e di lavoro delle persone. Una presa in carico **personalizzata e comunitaria** nella logica di un **welfare partecipativo e generativo**, capace di **assicurare equità e universalità** delle cure. In sostanza, **occorre crederci**. I professionisti e i cittadini risponderanno in modo entusiastico perché **poter essere d'aiuto in modo concreto e integrato** al paziente, ai suoi famigliari e a tutta la comunità aggiunge significato ad ognuna delle loro vite. Aggiungerei uno slancio forte come professione a **stringere alleanze** con i cittadini e con le **Amministrazioni locali**, anche perché l'integrazione socio-sanitaria concreta si realizza proprio nell'**incontro quotidiano tra sanitario e sociale** e mai come in questa esperienza i due ambiti, hanno intrecciato saperi, esperienze, know-how e pratica quotidiana. Gli **sguardi congiunti** non possono che produrre esiti positivi in quanto il **destinatario delle nostre cure è unico** e avrebbe il desiderio di ricevere un'offerta integrata **senza fare da mediatore** o da case-manager come spesso accade tra i diversi servizi/professionisti.*

*Il terzo ingrediente è senza dubbio la **capacità di lavorare in modalità multidisciplinare** con tutti i professionisti dell'area sanitaria e sociale, nessuno escluso. Con il progetto Infermiere di comunità si è voluto sottolineare che **l'assistenza non è un prodotto erogabile, ma un bene comune da costruire insieme**: paziente, famigliari, cittadini, operatori sanitari, sociali, risorse formali e informali presenti nelle comunità. Le riflessioni, le intelligenze, le emozioni, i ragionamenti, le competenze che scaturiscono da tutti i soggetti sunnominati **generano benessere quando al centro dell'agire quotidiano c'è la PERSONA**. Affinché la PERSONA mantenga questa centralità, l'IFeC assieme a tutti gli altri professionisti dovrà essere **sempre più capace di cogliere l'essenza dell'uomo che corrisponde al vivere con scopo, e sostenere l'uomo nella sua essenza** è la più potente di tutte le cure".*

Il Presidente, il Consiglio Direttivo e le Commissioni di Albo Infermieri e Infermieri Pediatrici ringraziano l'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali per aver creato l'opportunità di definizione di questa importante progettualità e le componenti e i componenti del Tavolo tecnico provinciale, Franca Bellotti, Maria Brentari, Anna Brugnolli, Matteo Giuliani, Grazia Pocher, Paola Stenico e Stefano Toccoli per l'impegno e la competenza messi in campo nel delineare il documento di indirizzo per lo sviluppo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità nella provincia autonoma di Trento.

L'infermieristica di comunità è un modo di essere. Occorre crederci e ricordarsi che, al centro dell'agire quotidiano, c'è sempre la persona.

BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (2023). Linee di indirizzo Infermiere di famiglia o comunità. https://www.agenas.gov.it/images/2023/primopiano/infermieri/Documento_Tecnico_Linee_di_Indirizzo_IFoC_-_def.pdf

European Curriculum for Family and Community Nurse. <https://www.enhance-fcn.eu/it/homeit/Family>

Federazione dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (2020). Position statement L'infermiere di famiglia e di comunità <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1552634.pdf>

Health Nursing in European Community https://www.up2europe.eu/european/projects/family-healthnursing-in-european-communities_62733.html

Istituto di statistica della Provincia di Trento. Indicatori 2020 <http://www.statistica.provincia.tn.it/>

Istituto Nazionale di Statistica ISTAT. Indicatori demografici. 2020 <https://www.google.com/search?channel=trow5&client=firefoxd&q=1.+Istituto+Nazionale+di+Statistica+ISTAT.+Indicatori+demografici.++2020>

Ministero della salute (2020) – Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025 <https://www.salute.gov.it>

European Curriculum for Family and Community Nurse https://www.enhance-fcn.eu/it/homeit/Family_Health

Pellizzari M. (2020). Dove l'infermiere di famiglia e comunità è già una realtà. In Prospettive infermieristiche (2020) – Ordine delle Professioni Infermieristiche di Verona
https://www.opiverona.it/wp-content/uploads/2021/02/prospettive-infermieristiche-numero-2_2020.pdf

PER APPROFONDIRE

Delibera della Giunta provinciale n. 1911 del 13 ottobre 2023 di approvazione del documento di indirizzo "Infermiere di Famiglia e Comunità – progetto di sviluppo nella Provincia Autonoma di Trento" disponibile al link:
<https://opi.tn.it/infermiere-di-famiglia-e-comunita-approvata-la-delibera-dellagiunta-provinciale/>

Scuole secondarie di secondo grado: progetto con orientamento alle professioni per la salute

a cura di **Nicola Maschio** - Giornalista Ufficio stampa OPI Trento

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Trento ha accolto con **estrema soddisfazione** l'adozione della delibera della Giunta Provinciale n. 1657 del 15 settembre 2023 di approvazione del protocollo d'intesa "*Percorso di potenziamento e orientamento nella secondaria di secondo grado Orientamento alle Professioni per la salute*".

Nello specifico il percorso ad orienta-



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Reg. delib. n. 1657

Prot. n. 36/2023-A

VERBALE DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE

OGGETTO:

Percorso di potenziamento e orientamento nella secondaria di secondo grado "Orientamento alle Professioni per la salute" - approvazione Protocollo d'intesa.

Il giorno 15 Settembre 2023 ad ore 09:00 nella sala delle Sedute
in seguito a convocazione disposta con avviso agli assessori, si è riunita

LA GIUNTA PROVINCIALE

mento alle professioni per la salute è frutto del **contributo** e della **sinergia** fra assessorato all'Istruzione e cultura e assessorato alla Salute, politiche sociali, disabilità e famiglia della PAT, Azienda provinciale per i servizi sanitari, Ordine delle Professioni Infermieristiche, Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri, Ordine dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle Professioni sanitarie tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione, Ordine della Professione di Ostetrica e Ordine della Professione sanitaria di Fisioterapia della Provincia di Trento. Un **percorso innovativo** finalizzato a sviluppare negli studenti e nelle studentesse interessati/e delle **classi 3°, 4° e 5°** di indirizzi liceali e tecnici, attraverso un **percorso integrativo**, le conoscenze e competenze:

- sui temi della **promozione** della salute,

prevenzione, cura e riabilitazione attraverso contenuti coerenti e stimolando la responsabilità etico-pedagogica rispetto alla propria salute come **cittadino consapevole e attivo nella comunità**;

- verso le professioni per la salute, al fine di svilupparne l'**interesse** e la **motivazione** nell'intraprendere i relativi percorsi formativi.

Come Ordine riteniamo tale **progettualità strategica** per le finalità sopra citate, nonché **inclusiva** e di **alto valore** in quanto si pone l'obiettivo di sviluppare negli studenti la consapevolezza dell'importanza di comportamenti di salute e contribuisce a far conoscere le professioni sanitarie, tutte con pari dignità, per orientare i ragazzi verso una **scelta consapevole** della propria professione.



Il Direttore assistenziale è realtà anche in provincia di Trento

a cura di **Redazione OPI**

Lo scorso 27 luglio 2023 il Consiglio provinciale ha approvato un **emendamento** che **modifica la Legge provinciale n. 16/2010**, istituendo il Direttore assistenziale all'interno del Consiglio di Direzione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.

Il Direttore assistenziale nella direzione strategica di APSS è quindi ora una real-

tà nella provincia autonoma di Trento e l'Ordine delle Professioni Infermieristiche trentino, congiuntamente alla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, esprime **soddisfazione per l'impegno rispettato**.

Il Direttore assistenziale **concorrerà alla definizione della governance dell'azienda**, in



forte sinergia ed integrazione con il Direttore generale, il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo, per gli aspetti attinenti al governo dei processi assistenziali. Oggi, con la **sempre maggiore complessità dei bisogni di salute e l'importanza di innovare i modelli organizzativi e professionali** per garantire una presa in carico appropriata, coordinata e sostenibile, i processi assistenziali assumono una dimensione particolarmente rilevante nei sistemi sanitari. Una dimensione che si declina in **interventi preventivi, curativi e riabilitativi** di natura assistenziale, che, come dimostrato dalla letteratura scientifica, impattano sugli esiti di salute dei cittadini.

Dopo la prima istituzione della figura del Direttore assistenziale in Emilia Romagna, ora quindi anche nella Provincia autonoma

di Trento questa figura contribuirà a governare e valorizzare la dimensione assistenziale e di cura che una sanità a misura di persona porta con sé.

L'auspicio dell'Ordine, infine, è che la **posizione della Direzione per l'integrazione socio-sanitaria possa essere ripristinata in un prossimo futuro**, considerando la rilevanza strategica di questa funzione con particolare riferimento al momento storico per contribuire, unitamente agli altri Direttori del Consiglio di Direzione, al governo del **processo di innovazione del sistema sanitario provinciale**, anche alla luce delle previsioni del PNRR e del DM 77/2022, oltre che per garantire, considerando la loro complessità, funzioni specifiche e dedicate alla Direzione assistenziale e alla Direzione per l'integrazione socio sanitaria.

Come già precedentemente espresso da questo Ordine, si aggiunge così una nuova opportunità per i cittadini e per i professionisti che per il loro mandato professionale sono i più vicini a dove nasce il bisogno assistenziale. Inserire gli infermieri a pieno titolo nella direzione strategica aziendale rafforzerà la governance dei processi assistenziali attraverso un lavoro di squadra ai vertici dell'Azienda. Questa innovazione permetterà di garantire una più compiuta visione d'insieme per generare una maggior capacità di rispondere ai bisogni dei cittadini, con particolare attenzione agli standard di qualità assistenziale, ai percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale ad elevata integrazione interprofessionale in ambito territoriale e ospedaliero.

Daniel Pedrotti
Presidente OPI Trento



Daniel Pedrotti

Foto di Alessandro Eccel





Il Consiglio Direttivo,
la Commissione di
Albo Infermieri, la
Commissione di Albo
Infermieri Pediatrici,
il Collegio dei Revisori
dei Conti e il personale
amministrativo
di OPI Trento,
augurano a tutte le
colleghe e a tutti i colleghi
una serena Pasqua!

