

# news



ASSOCIAZIONE NAZIONALE OPERATORI TECNICHE ENDOSCOPICHE  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI GASTROENTEROLOGIA E ASSOCIATI



Anote News 2/2015

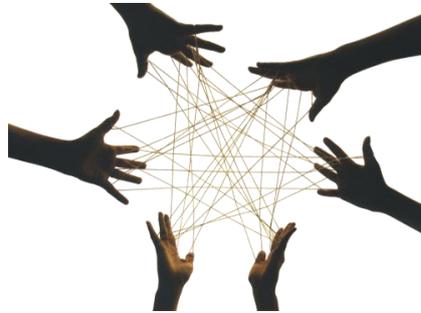
Un fiocco di neve è una delle creazioni più fragili di Dio, ma guarda che cosa possono fare i fiocchi quando si attaccano insieme!  
(Anonimo)

Carissime/i,

la routine lavorativa giornaliera a volte ci distoglie dalla visione di insieme riguardo la nostra professione e si tende così a gestire i nostri assistiti in modo individuale non sfruttando pienamente le potenzialità del lavoro in team.

Uguualmente succede, in un contesto allargato, quando non utilizziamo l'aggregazione professionale per il raggiungimento degli obiettivi degli infermieri.

L'unione fa la forza!!!! L'hanno ben capito i tanti colleghi che hanno partecipato al "nostro" (e lo dico con orgoglio) Congresso di Bologna.



Grande è stato l'impegno nella preparazione, come grande è stata la soddisfazione di vedere molti professionisti motivati a crescere insieme.

La crescita ovviamente deve avvenire nel confronto e nella condivisione di obiettivi comuni.

Infatti nella singolarità del proprio agire ciascuno deve sentirsi parte integrante di una realtà più grande che lavora per un'unica finalità, che dev'essere condivisa da tutti. Ecco che si sottolinea anche l'importanza della condivisione dei "valori" all'interno di un team o nel nostro caso di un'associazione.



I valori di base, già enunciati in passato, rimangono la "trasparenza" e la "libertà di azione" non condizionata da niente e nessuno. Solo se tutti credono nello stesso

obiettivo in maniera ferma questo potrà essere conseguito, perché ciascuno si spenderà nel suo ruolo dando ogni giorno il meglio di sé.

La gratificazione maggiore sarà riconosciuta solo al termine, quando gli sforzi saranno ripagati. È fondamentale credere nel lavoro che si sta svolgendo, nessuno escluso, se si desidera che i risultati siano costanti. Lavorare per un obiettivo è certamente più gratificante e stimolante, sottolineando come è altrettanto fondamentale valorizzare l'attività di ogni singolo elemento.

Dal Congresso penso che tutti siano usciti con nuove motivazioni e idee.

Molti associati hanno presentato, anche nei giorni successivi, idee brillanti per futuri lavori scientifici. Il direttivo e i referenti regionali sono sempre pronti a condividere e supportare le vostre iniziative per cui....non siate timidi nel proporvi.



Nel ringraziare tutti mi voglio soffermare in particolare a sottolineare quanto le associazioni mediche presenti, nonostante i malumori dell'ultimo periodo fomentati da alcuni, si siano rese disponibili a collaborare con noi a tracciare un futuro professionale soddisfacente per tutti e soprattutto finalizzato a rispondere ai bisogni delle persone assistite.

Ringrazio inoltre le ditte che hanno collaborato attraverso progetti scientifici comuni o altre iniziative, e in questo modo ci hanno sostenuto anche durante l'ultimo Congresso ANOTE/ANIGEA.

Un pensiero speciale va a chi ci ha preceduto in associazione e all'esempio che ancor oggi ci viene da Lucio Massazza, che ci ha resi felici della sua compagnia in occasione del 25esimo di ANOTE/ANIGEA. Gli infermieri di gastroenterologia e endoscopia gli saranno grati per sempre per aver piantato il primo seme che ci ha consentito di arrivare ad oggi proponendoci nel contesto sanitario come associazione rappresentativa e propositiva.

E adesso parliamo di ....FUTURO.



**E' in atto una accesa discussione sulle competenze infermieristiche specialistiche e avanzate di cui ci occuperemo come associazione in collaborazione con la federazione IPASVI e vi comunicheremo gli sviluppi di questo discorso appena ci saranno novità di rilievo per quanto riguarda la gastroenterologia e endoscopia.**

**Parliamo un po' di formazione. Siamo sempre più convinti come direttivo che sia fondamentale investire in questo settore e perciò tante sono le idee in cantiere.**



**Alcune anticipazioni:**

- 1. Congresso Nazionale 2016 a Bologna**
- 2. Congresso SIED Nazionale 2015**
- 3. Pentaregionale del sud**
- 4. Corso referenti regionali**
- 5. Corsi 2016:**
  - IBD da definire
  - Corso sud 2016 reprocessing e legislazione

**Abbiamo inoltre istituito alcuni tavoli di lavoro:**

- revisioni linee guida (reprocessing, PEG, 15883, sedazione)
- cartella infermieristica
- metodologia riguardante la presentazione di abstract
- competenze infermieristiche
- continuazioni lavori presentati al Congresso 2015
- produzione clist
- revisione del nostro sito
- Progetto per altre endoscopie non gastroenterologiche
- continuazione collaborazioni con associazioni mediche



**Investire sulla formazione è essenziale, infatti come sosteneva Confucio siamo convinti che:**

“Se dai un pesce a un uomo, lo hai sfamato per un giorno. Se gli insegni a pescare, lo hai sfamato per tutta la vita.”

**Pensiamo di essere sulla giusta strada, ma se nel cammino dovessimo fare degli errori vi saremmo sempre grati se potrete farceli notare e correggeremo la rotta.**



**Non mi resta che augurarvi buon lavoro, nella speranza che la professione ci regali sempre soddisfazioni con l'intento di trovare le giuste risposte da dare alle persone che ogni giorno assistiamo.**

*Cinzia Rivara*

**Comitato di redazione**

**Consiglio Direttivo 2014-2016: Cinzia Teresa Rivara, Antonella Giaquinta, Daniela Carretto, Teresa Iannone, Vincenzo Cirigliano, Antonio Azzato**

**Tavolo Tecnico Scientifico: Davide Antonio Cordioli, Pierangelo Simonelli, Alessandra Guarini, Giorgio Iori, Roberta Mattiola, Rita Sinatora, Marco Esposito**

INFERMIERI PROFESSIONALI  
ASSISTENTI SANITARI  
VIGILATRICI D'INFANZIA



Protocollo P-3945/III.01

Ai Presidenti delle Associazioni  
Infermieristiche

Data 07 LUG 2015

LORO SEDI

Rif.

Oggetto Competenze specialistiche:  
stato dell'arte

00184 Roma  
Via Agostino Depretis 70  
Telefono 06/46200101  
Telefax 06/46200131  
Cod.Fisc. 80186470581

*Federazione Nazionale Collegi IPASVI*

Ringraziando ancora i rappresentanti delle Associazioni infermieristiche presenti alla riunione svoltasi a Roma il 4 luglio 2015, si trasmette in allegato il documento consegnato in tale occasione e si resta in attesa di eventuali osservazioni nel merito.

Cordiali saluti.

*La presidente*

Barbara MangiaCavalli

*Allegato c.s.*



## EVOLUZIONE DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE

Documento approvato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI con delibera n. 79 del 25 aprile 2015

---

## EVOLUZIONE DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE

Documento approvato dal Comitato Centrale della FNC Iposvi con delibera n. 79 del 25/4/15

### Premessa

In un recente rapporto, l'Ocse ha, da una parte, confermato che il SSN italiano garantisce buone performance a fronte di una spesa contenuta, e, dall'altra, ha invitato il nostro Paese a rivedere i modelli erogativi e i luoghi dell'offerta sanitaria, stante l'oggettiva modificazione dei bisogni di salute e della domanda di servizi conseguenti all'aumento delle patologie cronico-degenerative, all'invecchiamento della popolazione e alle molteplici forme di fragilità.

Numerosi studiosi del settore sanitario hanno evidenziato che un'ulteriore riduzione del finanziamento del SSN inciderebbe direttamente sull'offerta sanitaria e produrrebbe una diminuzione della fruibilità dei servizi sanitari e socio-sanitari da parte dei cittadini più deboli. Essi affermano anche che, per il mantenimento dei principi che definiscono il SSN e per la sostenibilità complessiva del Sistema, è necessario dare maggiore forza e spazio alle potenzialità dei professionisti sanitari, innovare i modelli organizzativi e i processi di lavoro, oltre che aumentare l'efficienza e l'appropriatezza del Sistema stesso.

In questo quadro, è, quindi, necessario un approccio più "solido" e "ambizioso" nella ridefinizione dei modelli organizzativi e assistenziali e, soprattutto, nell'innovazione e ridefinizione dell'assistenza primaria, ancora prevalentemente orientata a servizi "tradizionali" anziché "di iniziativa", ossia impostati sulla logica "dell'andare verso il cittadino", sulle reti multiprofessionali di presa in carico e di continuità assistenziale. È altresì necessario ampliare l'assistenza nel domicilio, attivare gli ospedali di comunità, le case della salute e i servizi ambulatoriali di prossimità. Modalità assistenziali, tutte, in cui le professioni sanitarie - infermieri in primis - costituiscono una risorsa fondamentale.

Le indicazioni e gli obiettivi contenuti nel vigente Patto per la salute prendono atto del contesto demografico ed epidemiologico e pongono specifica attenzione all'efficacia, all'appropriatezza, alla sostenibilità del Sistema e alla necessità di valorizzare, rafforzandolo, il patrimonio professionale operante nel Sistema stesso. La legge 190/2014 - comma 566 - richiama a sua volta gli orientamenti del Patto per la salute e pone le basi per intervenire su ruoli, funzioni e modalità operative dei professionisti sanitari, sostenendo l'evoluzione delle loro competenze - anche attraverso percorsi di formazione complementare - e privilegiando sistemi a rete e il lavoro in squadra.

## La FNC Ipvsv

In coerenza con i disposti del DM 739/94 e della legge 43/06 la FNC Ipvsv ha costantemente sostenuto, presentato proposte e attivato iniziative che potessero dare corso all'evoluzione in senso specialistico delle competenze degli infermieri e degli infermieri pediatrici.

La FNC, vista la legge 190/2014 - comma 566 - in cui si promuove l'evoluzione delle competenze dei professionisti sanitari attraverso percorsi di formazione complementare, ha costituito un gruppo di infermieri esperti (v. allegato 1) nell'ambito della formazione infermieristica e della gestione e organizzazione dei processi assistenziali nelle strutture sanitarie, per elaborare una proposta che definisca la prospettiva della FNC per quanto attiene la tematica "evoluzione delle competenze", indicando tipologia funzionale, percorso formativo e agibilità nell'organizzazione dell'infermiere:

- con competenze cliniche "perfezionate"
- con competenze cliniche "esperte"
- con competenze cliniche "specialistiche".

La proposta richiama i contenuti della Bozza di Accordo tra il Governo e le Regioni "..... recante ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico," proponendo, però, una riformulazione del Sistema formativo infermieristico in relazione:

- ai disposti dell'art. 4 del predetto Accordo in cui si afferma che "in relazione all'attuazione delle modalità e dei percorsi di cui all'art. 3 saranno inoltre rivisitati i piani di studio delle Lauree, delle Lauree Magistrali e dei Master universitari di I e II livello";
- all'esigenza di trovare un nuovo punto di equilibrio tra quanto richiesto dal Sistema sanitario e socio sanitario e ciò che il Sistema formativo è in grado di offrire per i percorsi di preparazione del personale;
- alla necessità di rendere spendibili nel mercato del lavoro, le diverse tipologie di competenze infermieristiche, considerato quanto affermato dall'art. 3 comma 1 del suddetto Accordo "lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità .... avrà come riferimento le scelte di programmazione nazionale e regionale per migliorare la presa in carico della persona, la continuità assistenziale fra ospedale e territorio, il governo dei bisogni assistenziali, sanitari e socio sanitari delle persone, delle famiglie e della comunità assistita"..... e ".... dei modelli organizzativi sia ospedalieri sia territoriali, a iniziare dall'organizzazione dei presidi ospedalieri per intensità di cura e dai modelli di intensità assistenziale".

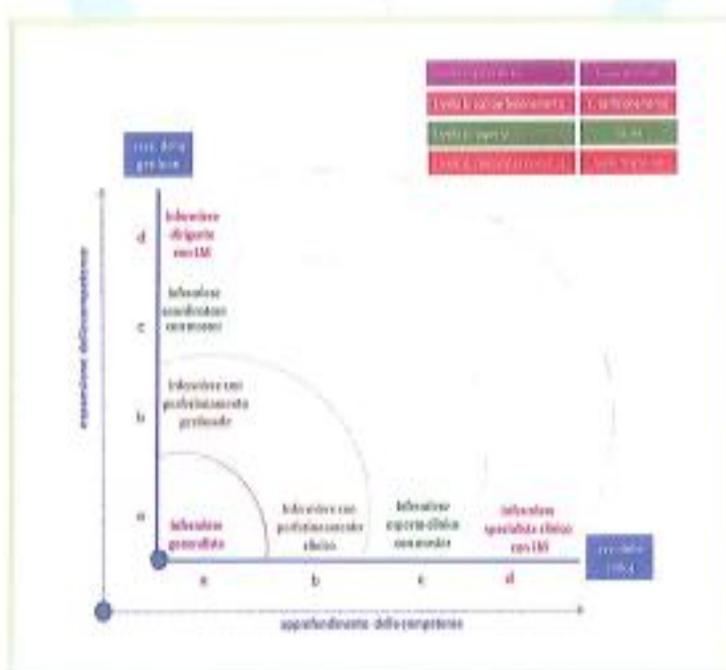
## La Proposta

La proposta è sintetizzata dallo schema sotto riportato che si articola su due assi:

- **l'asse della clinica:** che rappresenta la linea della "produzione" di servizi e del governo dei processi assistenziali. Sull'asse della clinica si posizionano, direttamente e a livelli incrementali diversi, le competenze/responsabilità agite dagli infermieri nei confronti dell'utenza;
- **l'asse della gestione:** che rappresenta la linea del governo dei processi organizzativi e delle risorse. Sull'asse gestionale si posizionano, a livelli incrementali diversi, le competenze agite dagli infermieri in rapporto alla gestione delle risorse e a quelle scelte che, agendo sul contesto organizzativo, facilitano/garantiscono l'efficacia e l'appropriatezza dei servizi e risultati di qualità all'utenza.

Su entrambi gli assi sono posizionati quattro livelli di competenza dell'infermiere acquisiti attraverso specifici percorsi formativi. I livelli di competenza procedono da 'a' a 'd'.

Schema1 : Esempificazione dei livelli formativi



*I livelli formativi corrispondono:*

- a un approfondimento delle competenze sull'asse della clinica attraverso un processo incrementale, sostenuto da una formazione adeguata, di imbastimento e di specializzazione delle conoscenze e delle capacità assistenziali agite dall'infermiere in un determinato settore o in un'area clinica, sia in relazione all'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica e all'erogazione e valutazione di prestazioni e risultati, sia in relazione al governo dei processi assistenziali specifici;
- a un'espansione delle competenze sull'asse della gestione attraverso un processo estensivo che parte dalle competenze "core disciplinari" dell'infermiere e muove verso conoscenze e capacità proprie del governo delle risorse e processi organizzativi.

Il livello "a" di entrambi gli assi, corrispondente all'infermiere generalista in possesso di laurea triennale o titolo equivalente, non necessita di modificazioni sostanziali.

Il livello "a" rappresenta, in ogni caso, la matrice "core" della competenza da cui originano i successivi livelli di approfondimento o di espansione

*I livelli di approfondimento delle competenze cliniche sono:*

- Infermiere con perfezionamento clinico (livello b)

Si riferisce a un infermiere che ha seguito un corso di perfezionamento universitario che lo ha messo in grado di perfezionare le sue competenze "core" applicate a un'area tecnico operativa molto specifica (esempio: gestione accessi venosi)

- Infermiere esperto clinico con master (livello c)

Si riferisce a un infermiere che si è formato con un master universitario di primo livello che lo ha messo in grado di approfondire le sue competenze declinandole in un settore particolare dell'assistenza infermieristica. È l'infermiere esperto di parti di processo assistenziale o di peculiari pratiche assistenziali settoriali (ad esempio: anestesia/analgesia, strumentazione e tecnica chirurgica, dialisi, endoscopia, wound care ecc.)

– **Infermiere specialista clinico con laurea magistrale (livello d)**

Si riferisce a un infermiere che si è formato con laurea magistrale in Scienze infermieristiche con orientamento in una delle aree previste dall'accordo Stato Regioni (area cure primarie - servizi territoriali/distrettuali; area intensiva e dell'emergenza/urgenza; area medica; area chirurgica; area neonatologica/pediatria; area salute mentale e dipendenze). È l'infermiere specialista clinico in grado di orientare, governare (impostare, supervisionare, monitorizzare, valutare) sia i processi assistenziali tipici di una certa area clinica e presenti in qualsiasi struttura (dalla più piccola alla più complessa, dalla più generalista alla più specializzata), sia le competenze professionali necessario per realizzarli.

Quest'ultimo livello comporta la necessità di reimpostare i piani di studio delle Lauree Magistrali sui sei filoni formativi corrispondenti alle sei aree sopra menzionate

*I livelli di espansione delle competenze gestionali sono:*

– **Infermiere con perfezionamento gestionale (livello b)**

Si riferisce a un infermiere che ha seguito un corso di perfezionamento universitario che lo ha messo in grado di perfezionare le sue capacità in relazione a specifiche funzioni organizzative (esempio: bed management).

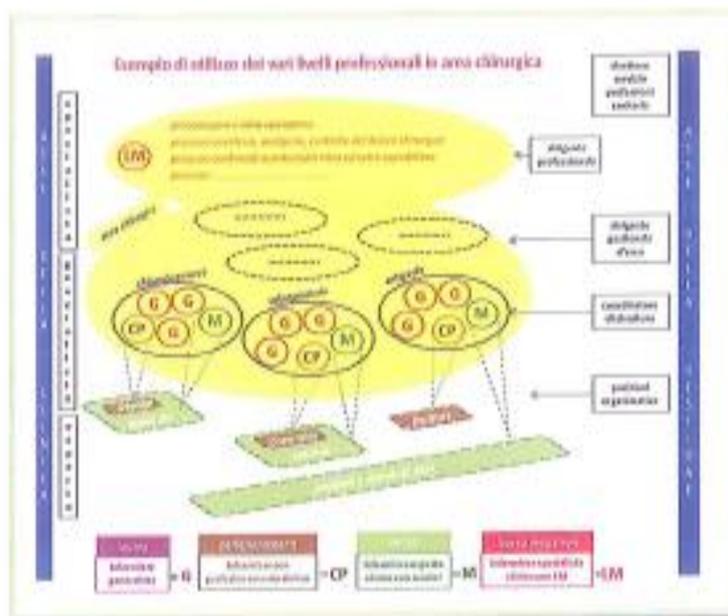
– **Infermiere coordinatore con master (livello c)**

Si riferisce a un infermiere che si è formato con un master universitario di primo livello che lo ha messo in grado di acquisire conoscenze e capacità di governo dei processi organizzativi e di risorse in unità organizzative.

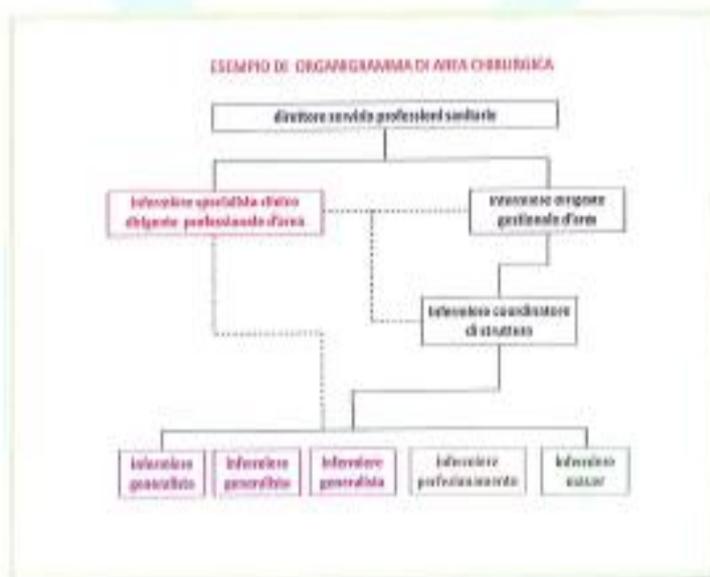
– **Infermiere dirigente con laurea magistrale (livello d)**

Si riferisce a un infermiere che si è formato con laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche a indirizzo gestionale/formativo che lo ha messo in grado di assumere responsabilità di governo di processi organizzativi e di risorse presso strutture e servizi sanitari di vario livello (dipartimento, area, piattaforma, presidio, distretto) nonché presso corsi di laurea e settori formativi aziendali. Questo livello comporta la necessità di reimpostare i piani di studio delle Lauree Magistrali su un filone squisitamente gestionale o formativo e di vedere l'esclusività prevista dalla legge 43/2006 del possesso del solo master universitario di primo livello per assumere la funzione di coordinamento.

Schema 2: Esempio di utilizzo dei livelli professionali in area chirurgica



Schema 3: Esempio di organigramma



## ALCUNE ANNOTAZIONI SULLE SCELTE DEFINITORIE E METODOLOGICHE

### ADOTTATE PER LA STESURA DEL DOCUMENTO QUADRO

### SULL'EVOLUZIONE DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE

Per la stesura del "documento quadro" sull'evoluzione delle competenze infermieristiche, il gruppo di lavoro della FNC Ispasvi, ha operato alcune scelte definitorie e metodologiche che si ritiene opportuno esplicitare per una migliore analisi del documento stesso.

#### Sul concetto di competenza e sulla sua descrivibilità

Tra le varie definizioni di competenza presenti in letteratura, una in particolare è ripresa frequentemente: quella proposta inizialmente da G.O. Kemp nel 1980<sup>1</sup>, ripresa da R.E. Boyatzis<sup>2</sup>, successivamente riformulata più compiutamente da L. M. Spencer o S. M. Spencer<sup>3</sup> e, infine, utilizzata da W. Levati e M.V. Sarà nel loro testo più famoso<sup>4</sup>: "per competenza intendiamo una caratteristica intrinseca individuale, causalmente collegata a una performance efficace e/o superiore in una missione e in una situazione e valutabile sulla base di un criterio stabilito". Gli autori concepiscono la competenza come il prodotto dell'integrazione di alcune componenti, di cui tre<sup>5</sup> "core": le capacità, le conoscenze, le esperienze finalizzate. I concetti di conoscenza e di esperienza finalizzata non richiedono particolari specificazioni, mentre il concetto di capacità è da distinguere dal concetto di abilità.

Abilità traduce il termine inglese *skill* ed è spesso usato impropriamente per definire le competenze.

*"La distinzione terminologica non è secondaria perché chiarisce la prospettiva di analisi in cui ci si pone. Il termine "capacità" deriva dal latino *capax*, ovvero che può contenere (si dice anche di recipienti spaziosi, *capaci*). Il termine "abilità", invece, deriva dal latino *habilis*, cioè maneggevole."*<sup>6</sup>

Etimologicamente, quindi, la capacità evoca un significato di contenimento, mentre l'abilità quello di manegolazione. Ne deriva che per migliorare un'abilità è necessario esercizio, addestramento (rendere destro); mentre per migliorare una capacità è necessario una vera e propria formazione che aiuti il soggetto ad ampliare il proprio "contenitore" mentale, vale a dire, le proprie referenze tecnico-concettuali.

<sup>1</sup> Kemp G.O., *The assessment of occupational competence, report to the National Institute of Education*, 1980

<sup>2</sup> Boyatzis R. C., *The competent manager: a model for effective performance*, Wiley & Sons, New York, 1982.

<sup>3</sup> Spencer L.M., Spencer S. M., *Competence at work, models for superior performance*, FrancoAngeli, Milano, 1993

<sup>4</sup> W. Levati, M.V. Sarà, *Il metodo delle competenze. Un contributo esplicito per la definizione di un nuovo approccio all'individuazione e all'acquisizione delle gestioni e all' sviluppo delle risorse umane*, FrancoAngeli, Milano, 2003

<sup>5</sup> Gli autori considerano anche altri elementi che influiscono sulla competenza (attitudini, motivazioni e contesti). Ina, però, al fini del presente lavoro non sono prioritari.

<sup>6</sup> Bordini G., *Le capacità ricettive, prospettive psicoformative*, Utet, Torino, 1990, p. 3-4

Questo aspetto è fondamentale per comprendere la definizione di competenza avanzata stante che secondo questa prospettiva le capacità sono distinguibili in:

- capacità gestuali (più propriamente abilità gestuali)
- capacità relazionali
- capacità intellettive (relative, in campo professionale, ai processi diagnostici, decisionali, valutativi).

In ragione della definizione sopra ripetuta, si pone il problema della descrivibilità della competenza che, in quanto "caratteristica intrinseca dell'individuo" non può essere descritta direttamente. Descrivere una competenza, peraltro, è necessario perché una persona si definisce competente non perché ritiene di esserlo, ma perché è riconosciuta tale da altri. Questi ultimi, per la loro valutazione, non possono che basarsi sull'osservazione della performance del soggetto, "causalmente collegata alla competenza".

Tale osservazione, come in tutti i processi valutativi, deve essere confrontata con un "criterio" condiviso da una comunità professionale. L'atteso, nel nostro caso, è rappresentato dalle attività professionali che sono la manifestazione della competenza e, quindi, le descrittrici della stessa. È ovvio che ogni opera di descrizione è selettiva e non può riprodurre il tutto.

*"Una persona può essere riconosciuta come competente non solo se è capace di compiere con successo un'azione ma anche se è capace di comprendere perché e come si agisce ... di agire con autonomia, ... di rievocare le proprie competenze in un altro contesto"*<sup>47</sup>.

In ogni caso, pur nella consapevolezza dei limiti di tale operazione, essa è assolutamente necessario per effettuare in modo condiviso, comunicabile e comprensibile, la scelta di quei comportamenti attesi, descritti sotto forma di attività professionali, in presenza dei quali si può affermare che una persona è competente.

#### **Sul rapporto tra competenza esperta e avanzata**

I professionisti esperti, di fronte a una situazione da affrontare, dimostrano buona capacità di inquadramento della stessa, riconoscendone analogie e differenze con esperienze passate e dimostrano buona capacità nell'affrontare una strategia operativa, ancorandola a soluzioni già sperimentate con successo.

I professionisti con competenza avanzata sono soggetti già esperti che affrontano le situazioni non solo utilizzando le proprie esperienze passate, ma anche identificando, progettando, negoziando e realizzando, anche in termini multiprofessionali, nuove strategie operative, quando quelle disponibili non sono sufficienti o convincenti.

<sup>47</sup> Le Botz C., *Costruire le competenze individuali e collettive*, Italo editore, Napoli, 2001 – p. 95.

La competenza avanzata<sup>8</sup> è, quindi, un'estensione della competenza esperta da cui si distingue per il fatto che, mentre quella esperta - come dice il termine - si acquisisce in gran parte in modo esperienziale, quella avanzata si acquisisce attraverso un arricchimento del repertorio di saperi attraverso percorsi formativi universitari.

Ciò che caratterizza particolarmente la competenza avanzata, è la disposizione del soggetto a porsi in una dialettica continua tra generale e particolare. In altri termini il soggetto è in grado, costantemente, di far riferimento a modelli teorici e a quadri concettuali (il generale) che gli forniscono la struttura mentale per riflettere e orientarsi nell'operatività (il particolare).

#### Sul modello delle competenze ISFOL

In Italia, tra i vari modelli di analisi delle competenze che negli anni si sono succeduti, uno in particolare - l'ISFOL - ha avuto una certa risonanza anche in campo infermieristico<sup>9</sup>. Il modello Isfol è stato utilizzato nel 2012 per la costruzione, poi superata, dei primi allegati della bozza di accordo tra il Governo, le Regioni e PpAa sulla ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e responsabilità dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico.

Nonostante la sua notorietà, il gruppo di lavoro della FNC Ipsavi ritiene che il modello Isfol presenti alcune criticità applicative nel campo infermieristico, soprattutto in relazione alle competenze specialistiche. L'Isfol (Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori) è un Ente nazionale di ricerca dotato di autonomia scientifica, metodologica, organizzativa, amministrativa e contabile; è sottoposto alla vigilanza del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con un ruolo storicamente esercitato nel campo delle politiche formative, del lavoro e sociali. Lo scopo dell'Isfol è quello di contribuire alla crescita dell'occupazione, al miglioramento delle risorse umane, all'inclusione sociale e allo sviluppo locale. Tale missione di ampio respiro è stata rivolta, fin dall'inizio, a qualsiasi realtà lavorativa, ma, particolarmente ai sistemi produttivi<sup>10</sup> in ragione delle aree di interesse del Ministero del Lavoro.

Per sua natura, quindi, l'Isfol non si occupa specificamente dei settori sanitari che, peraltro, afferiscono a un altro Ministero, sono correlati alle politiche sanitarie (e non a quelle del lavoro) e hanno caratteristiche diverse da quelle di quei settori produttivi.

Il modello Isfol che si articola in competenze di base, trasversali e tecnico professionali, risente fortemente di tale approccio generalista e risulta non del tutto applicabile all'ambito sanitario come può essere evinto attraverso le definizioni che l'Isfol<sup>11</sup> ha dato dei tre tipi di competenza:

o competenze di base: capacità (quali, ad esempio, parlare inglese, usare un computer, saper cercare lavoro) riconosciute come prerequisiti per l'accesso alla formazione e considerate imprescindibili per

<sup>8</sup> Dierks J., Allen M., "The nature of advanced practice nursing", vol.46, number 2, Nursing Outlook, 2001.

<sup>9</sup> Vedi "Società competente" in L'Infermiere 4/2007 p.140

<sup>10</sup> In una pubblicazione del 1997 si presentano cinque ambiti professionali: settore tecnico allargiato (carriere ricambio ricambio, qualità nell'assistenza; settore elettrotecnico, automazione industriale, produzione; amministrazione, finanza e controllo; automazione d'ufficio.

<sup>11</sup> ISFOL (1998), *Guida Competenze e crediti formativi. Strategie e strumenti di lavoro*, a cura di G. Di Francesco, Franco Angeli

inserirsi o inserirsi positivamente nel mondo del lavoro e per fronteggiare in modo positivo le situazioni di cambiamento;

- o **competenze trasversali**: capacità non connesse a una specifica attività o posizione lavorativa, e che possono essere applicate in più ambiti lavorativi e di vita; comprendono la capacità di diagnosi, di relazione, di *problem solving*, di decisione;
- o **competenze tecnico-professionali**: l'insieme dei saperi (conoscenze specifiche e procedurali) e delle tecniche connesse all'esercizio efficace di determinate attività operative proprie di specifici processi di lavoro.

Alla luce di tali definizioni si può ritenere che l'impostazione di tale modello non sia del tutto appropriata alla natura del "documento quadro" per le seguenti motivazioni:

- le competenze di base, in quanto requisiti d'ingresso al mondo del lavoro, non danno conto della specificità delle competenze infermieristiche;
- le competenze trasversali, in quanto competenze metodologiche, tendono ad attestarsi su un livello troppo generale, eludendo la dimensione specialistica e le sue differenti declinazioni nelle varie aree (ad esempio: comunicare in pediatria è diverso che in area critica; diagnosticare bisogni di assistenza nell'area chirurgica ha contenuti diversi rispetto all'area della salute mentale; ecc.);
- le competenze tecnico professionali evidenziano, già nel titolo, solo la componente tecnica della dimensione professionale e richiamano, nel linguaggio infermieristico, significati mansionaristici che non pare opportuno rievocare.

#### **Sui riferimenti utilizzati dal gruppo**

In alternativa al modello Isot, il gruppo ha fatto riferimento, oltre che al concetto di competenza prima citato e alle sue componenti, ad altre referenze infermieristiche che coniugano la definizione della competenza con la dimensione formativa necessaria per conseguirla.

Il primo riferimento è il lavoro di Patricia Benner<sup>12</sup> che applica all'infermieristica il modello Dreyfuss sull'acquisizione delle capacità. Nei confronti delle competenze professionali esucolate dalle reali situazioni cliniche e categorizzate per aree funzionali, Benner teorizza cinque livelli di padronanza (dal principiante all'esperto); livelli che consentono di distinguere i percorsi formativi necessari per sostenerli.

Il secondo riferimento è rappresentato dal Progetto europeo Tuning che è parte di quel vasto processo di convergenza e rinnovo dei sistemi universitari europei, iniziato alla fine degli anni novanta, e tutt'ora in corso. Il Progetto Tuning Europa ha sviluppato un metodo, utile per la progettazione e il rinnovo dei corsi di studio, fondato sulle competenze e sui cosiddetti risultati di apprendimento, sistematizzati anche dai cosiddetti Descrittori di Dublino. Nell'ambito di tale progetto, si sono costituiti vari gruppi di ricerca che

<sup>12</sup> Benner P, "L'accolto nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza", Mc Graw-Hill, Milano, 2005.

hanno compiuto un'ampia consultazione volta a identificare le competenze generali e specifiche di alcune discipline pilota. Uno dei gruppi più attivi è stato quello infermieristico che ha contribuito a elaborare il documento "Tuning Educational Structures in Europe 2010"<sup>12</sup> nel quale le competenze vengono organizzate in alcune aree funzionali.

Sia il lavoro di Beamer sia il progetto Tuning hanno optato per un'organizzazione delle competenze per aree funzionali corrispondenti a contenuti professionali e non a categorie metodologiche come quelle del modello Isfol (competenze di base, trasversali, tecnico professionali). Il gruppo, pertanto, ha ritenuto maggiormente appropriato far ricorso a una struttura analoga anche se, dovendo prendere atto del contesto e della lingua italiana, ha fatto riferimento anche alle aree funzionali che emergono dal profilo professionale dell'infermiere (DM 739/94) che rimane la matrice su cui si innestano le competenze specialistiche.

I tre riferimenti (Beamer, Tuning, Profilo Professionale), quindi, sono stati utilizzati come coordinate entro le quali si è articolato in modo originale il lavoro del gruppo che ha organizzato le competenze nelle 5 aree funzionali (valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica, progettazione e organizzazione clinico-assistenziale, realizzazione coordinata di interventi, valutazione clinico-assistenziale, formazione-consulenza-ricerca).

#### Sull'utilizzo del termine "approfondimento" ed "espansione" delle competenze

Lo schema utilizzato per disegnare l'architettura del sistema infermieristico che si viene a definire nel "documento quadro" sull'evoluzione delle competenze infermieristiche, utilizza due termini per denominare gli assi cartesiani: quello di "approfondimento delle competenze" nell'asse della clinica (anchora) e quello di "espansione delle competenze" nell'asse della gestione (orbitate).

Il livello di visione di sistema e di astrazione del documento sull'evoluzione delle competenze infermieristiche, rende evidente che l'utilizzo dei termini "approfondimento" ed "espansione", mutuati da "job enrichment" e "job enlargement" - concetti in uso nella Sociologia del lavoro - non intendono richiamare all'effettuazione di analisi delle strategie operative legate al contesto di prestazione dei lavoratori all'interno di specifici ambiti produttivi, ma unicamente raggiungere l'obiettivo di facilitare "professionalmente" la lettura dello schema stesso.

<sup>12</sup> Lataief, J. et al., 2010. Tuning educational Structures in Europe 2010. A Tuning guide to facilitating degree programme profiles, including programme comparison and programme linking options, Bilbao: Universidad de Bilbao.

## **Allegato 1**

### **GRUPPO INFERMIERI ESPERTI NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA E GESTIONE E ORGANIZZAZIONE DEI PROCESSI ASSISTENZIALI NELLE STRUTTURE SANITARIE**

#### **Sen. Annalia Silvestro**

Dottore magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche  
Master di II livello in ricerca organizzativa nelle aziende sanitarie  
Componente del Comitato centrale della FNC Ipaavi

#### **Rosario Alvino**

Professore associato in Scienze infermieristiche Università Tor Vergata - Roma  
Presidente cdI triennale in infermieristica  
Presidente cdI magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche

#### **Stefania Di Miano**

Professore Associato in Scienze Infermieristiche  
Presidente Consiglio di Coordinamento Didattico Laurea in Infermieristica, Laurea in Ostetrica, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche - Università di Milano Bicocca

#### **Giorgio Magon**

Dottore magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche  
Direttore SITRA Istituto Europeo di Oncologia - Milano

#### **Giuseppe Marino**

Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e ostetriche  
Coordinatore didattico corso Laurea Magistrale Scienze Infermieristiche e Ostetriche - Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina e chirurgia di Roma - polo formativo Piccolo Casa della Divina Provvidenza - Presidio Sanitario Ospedale Cottelongo di Torino.

#### **Beatrice Marcolini**

Dottore magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche  
Tutor Corso di Laurea in infermieristica Università degli Studi di Milano Bicocca - Sezione di Corso A.O. Papa Giovanni XXIII Bergamo  
Segretaria del Comitato centrale della FNC Ipaavi

#### **Antonella Peluso**

Dottore magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche  
Dottore magistrale in Economia Aziendale  
Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali ASL NA 2 Nord

#### **Laura Rosero**

Professore associato in Scienze infermieristiche Università degli studi di Firenze  
Presidente cdI in scienze infermieristiche e ostetriche  
Direttore Uoc ricerca e sviluppo delle clinical practice

#### **Luisa Zappini**

Dottore magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche,  
Dirigente servizio Centrale Unica per l'Emergenza - dipartimento protezione civile - Provincia Autonoma di Trento.  
Presidente del collegio IPASVI di Trento.

#### **Maurizio Zega**

Dottore magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche  
PhD  
Responsabile Uoc Servizio infermieristico, tecnico e riabilitativo, Policlinico "Agostino Gemelli" - Roma

---

Federazione Nazionale Collegi Ipaavi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Pag. 12

## COUNSELLING IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Abstract a cura di Roberta Mattiola- Torino

L'OMS HA SUGGERITO IL COUNSELLING QUALE MODALITA' DI APPROCCIO SIA IN ORDINE DI PREVENZIONE CHE DI CURA DEFINENDOLO COME PROCESSO DI DIALOGO E DI INTERAZIONE **DUALE**.

IN ENDOSCOPIA LA COMUNICAZIONE SI ARTICOLA IN 4 FASI:

PRENOTAZIONE

ACCETTAZIONE

ESECUZIONE

DIMISSIONE.

LA RICHIESTA SEMPRE PIU' FREQUENTE RIVOLTA ALL'INFERMIERE RIGUARDO IL RISPETTO DEL NUMERO DELLE PRESTAZIONI DA EROGARE OSSIA I TEMPI E I METODI DELL'ASSISTENZA, SEMBRA INCOMPATIBILE CON UNA RELAZIONE ASSISTENZIALE INTESA IN SENSO AMPIO.

NEL RITMO DELLE PRESTAZIONI IL MALATO RISCHIA DI ESSERE "FRANTUMATO", PERCEPITO SOLO PER LE PARTI DEL SUO CORPO CHE NECESSITANO DI CURA.

ALTRO OSTACOLO E' LA SCARSA ADEGUATEZZA DEI LUOGHI DI LAVORO IN CUI SI DOVREBBE FARE COUNSELLING.

IN ENDOSCOPIA LA COMPETENZA RELAZIONALE DELL'INFERMIERE INFLUISCE SUL **COME** STARE ACCANTO AL PAZIENTE SECONDO LO SPAZIO E IL TEMPO CHE HA A DISPOSIZIONE.

NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI AD ESAME ENDOSCOPICO L'ANSIA E LA PAURA SONO DIFFICILI DA GESTIRE, QUINDI LA COMUNICAZIONE DIVENTA LO STRUMENTO PIU' EFFICACE CHE METTE IN RELAZIONE PAZIENTE/INFERMIERE.

ABBIAMO COSI' ANALIZZATO 400 PAZIENTI OSSERVANDO GLI EFFETTI DI UN INTERVENTO DI COUNSELLING INDIRIZZATO A SODDISFARE IL BISOGNO DI INFORMAZIONE PRIMA DELL'INDAGINE ENDOSCOPICA.

I RISULTATI HANNO DIMOSTRATO CHE UN'ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATA E UNA COMUNICAZIONE EFFICACE HANNO RIDOTTO NOTEVOLMENTE L'ANSIA E IL DISAGIO DEI PAZIENTI.

ABBIAMO DIVISO IN DUE GRUPPI I 400 CANDIDATI : 200 GRUPPO SPERIMENTALE E 200 GRUPPO DI CONTROLLO.

TRAMITE QUESTIONARIO I PAZIENTI DEL G.S. RISPETTO A QUELLI DEL G.C. HANNO DICHIARATO DI AVER AFFRONTATO L'ESAME CON UNA MINIMA PERCENTUALE DI CASI DI ANSIA (4%GS, 56%) RIMANENDO APPAGATI SIA DELL'ASSISTENZA RICEVUTA (90%GS,70%GC)SIA DALL'INFORMAZIONI RICEVUTE(97%GS,35% GC).

