



PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE



IL PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA
E RESILIENZA
(PNRR)



numero 2
aprile - giugno 2021

SOMMARIO

■ UNA PREMESSA PER ENTRARE NEL MERITO	1
...dopo quattro giorni di negoziato – in seduta straordinaria è stato approvato il Recovery Fund (detto anche Next generation EU)...	
■ IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)	2
■ M6C1 – RECOVERY FUND	
Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale	9
■ CARENZA INFERMIERISTICA	22
■ EDITORIALE – L'INFERMIERE N 3 - 2021	
Contenuti (e non contenitori), fabbisogni e infermieri di famiglia e comunità: ecco le parole chiave di un pnrr che innovi davvero verso il territorio	25

Pubblicazione trimestrale. Questo numero è stato chiuso novembre 2021.

Direttore Responsabile: Marina Vanzetta

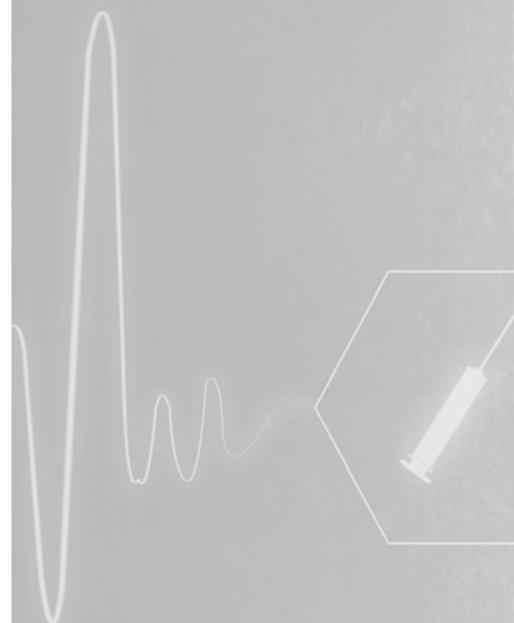
Comitato di redazione: Vallicella Franco, Dal Corso Dario, Verzè Alessia, Tabarini Gabriella, Ballarin Silvana, Bernardelli Stefano, Bonetti Lorella, Maculan Massimiliano, Meorali Francesco, Molinari Luca, Ortolani Riccardo, Pasquetto Francesca, Zanini Giovanni, Zanolli Barbara.

Redazione: Vanzetta Marina, Cengia Maria Grazia, Bernardelli Stefano, Zanolli Barbara, Molinari Luca, Marcot-
to Enrico.

Editore: OPI - Ordine delle Professioni Infermieristiche di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona

Note editoriali: Gli articoli inviati dovranno essere corredati dal titolo, dalle note bibliografiche, cognome e nome dell'autore e qualifica professionale, ente o istituto di appartenenza, recapito postale e telefonico. Dovranno essere inviati alla sede OPI - Ordine delle Professioni Infermieristiche di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona - E-mail: info@ipasviverona.com al Direttore di Prospettive Infermieristiche. Si autorizza, nel rispetto delle comuni regole di salvaguardia delle pubblicazioni scientifiche e dei diritti d'autore, la riproduzione a scopo didattico e informativo degli articoli di Prospettive Infermieristiche purchè con citazione esplicita dell'autore e della rivista. I punti di vista e le opinioni espressi negli articoli sono degli autori e non rispettano necessariamente quelli dell'Editore. Manoscritti e fotografie anche se non pubblicati non saranno restituiti. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Progetto grafico e impaginazione: cocchi&cocchi [www.cocchiecocchi.it]



Premessa

Il 21 luglio 2020 il Consiglio europeo riunito – dopo quattro giorni di negoziato – in seduta straordinaria ha approvato il Recovery Fund (detto anche Next generation EU), un piano da 750 miliardi di euro – 360 di prestiti e 390 a fondo perduto – messo a punto dalla Commissione europea per supportare gli Stati membri nella ripresa post-pandemica. Per accedere ai fondi del Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza (RRF) ogni Stato membro ha dovuto presentare entro fine aprile 2021 il Piano di Ripresa e Resilienza (PNRR).

A fare da guida per la definizione degli obiettivi del PNRR italiano sono stati la transizione digitale e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale e riequilibrio territoriale, assi strategici del Recovery Fund (Next Generation EU).

Nel rispetto di queste tre ambiti, entro il 2026 il Governo Draghi vuole:

- Accelerare il processo di innovazione e digitalizzazione (l'Italia molto indietro rispetto agli altri Paesi d'Europa, sia a livello pubblico che privato).
- Ridurre le emissioni nocive per prevenire e contrastare il dissesto territoriale.
- Favorire lo sviluppo del Mezzogiorno, l'occupazione (soprattutto giovanile) e l'imprenditorialità femminile, migliorare la coesione territoriale contrastando le discriminazioni di genere.

(Nota: la fonte dei contenuti di questo numero è la documentazione prodotta dal Ministero della Funzione Pubblica – Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica)



PER ENTRARE
NEL MERITO

IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

Il PNRR italiano

a cura della REDAZIONE

Il 30 aprile 2021 il PNRR italiano è stato presentato alla Commissione Europea.

Approvato il 13 luglio 2021 si articola in 6 missioni, 16 componenti e 151 investimenti.

MISSIONE 1: digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo

L'obiettivo generale di questa missione che si suddivide in 3 componenti è modernizzare il Paese. Nello specifico, digitalizzazione della Pubblica Amministrazione per rendere più semplice ed economica la corrispondenza con cittadini e imprese, rilancio del turismo, creazione di Reti più veloci su tutto il territorio nazionale.

M1C1 – Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA

Investimenti:

- Abilitazione e facilitazione migrazione al cloud
- Competenze digitali di base
- Competenze: competenze e capacità amministrativa
- Cybersecurity
- Dati e interoperabilità
- Digitalizzazione delle grandi amministrazioni centrali
- Infrastrutture digitali
- Investimento in capitale umano per rafforzare l'Ufficio del Pro-



- cesso e superare le disparità tra tribunali
- Portale unico del reclutamento
- Rafforzamento dell'ufficio del processo per la Giustizia amministrativa
- Servizi digitali e cittadinanza digitale
- Task Force digitalizzazione, mo-

nitoraggio e performance.

M1C2 – Digitalizzazione, innovazione e competitività nel sistema produttivo

Investimenti :

- Innovazione e tecnologia della Microelettronica
- Investimento Sistema della Pro-

- priorità industriale
- Politiche industriali di filiera e internazionalizzazione
- Reti ultraveloci – Banda ultralarga e 5G
- Tecnologie satellitari ed economia spaziale
- Transizione 4.0.

M1C3 – Turismo e cultura 4.0

Investimenti:

- Attrattività dei borghi
- Capacity building per gli operatori della cultura per gestire la

- transizione digitale e verde
- Caput Mundi. Next Generation EU per grandi eventi turistici
- Fondi integrati per la competitività delle imprese turistiche
- Hub del turismo digitale
- Migliorare l'efficienza energetica di cinema, teatri e musei
- Programmi per valorizzare l'identità di luoghi: parchi e giardini storici
- Rimozione delle barriere fisiche e cognitive in musei, biblioteche e archivi per consentire un più

- ampio accesso e partecipazione alla cultura
- Sicurezza sismica nei luoghi di culto, restauro del patrimonio culturale del Fondo Edificio di Culto (FEC) e siti di restauro per le opere d'arte (Recovery Art) Strategia digitale e piattaforme per il patrimonio culturale
- Sviluppo industria cinematografica (Progetto Cinecittà) Tutela e valorizzazione dell'architettura e del paesaggio rurale.

MISSIONE 2: rivoluzione verde e transizione ecologica

Quattro i componenti di questa missione i cui obiettivi sono potenziare la rete di raccolta differenziata, ottimizzare gli impianti di riciclo materiali, semplificare le procedure di autorizzazione delle energie rinnovabili, migliorare l'affidabilità della rete elettrica e ridurre le perdite della rete idrica..

M2C1 – Agricoltura sostenibile ed economia circolare

Investimenti:

- Contratti di filiera e distrettuali per i settori agroalimentare, pesca e acquacoltura, silvicoltura, floricoltura e vivaismo





- Cultura e consapevolezza delle sfide ambientali
- Innovazione e meccanizzazione nel settore agricolo e alimentare
- Green Communities
- Innovazione e meccanizzazione nel settore agricolo e alimentare
- Isole verdi
- Parco Agrisolare
- Progetti "faro" di economia circolare
- Realizzazione nuovi impianti di gestione rifiuti e ammodernamento di impianti esistenti.

M2C2 – Energia rinnovabile, idrogeno, rete e mobilità sostenibile

Investimenti:

- Bus elettrici – filiera industriale
- Idrogeno
- Installazione di infrastrutture di ricarica elettrica

- Interventi su resilienza climatica reti
- Produzione in aree industriali dismesse
- Promozione impianti innovativi (incluso off-shore)
- Promozione rinnovabile per le comunità energetiche e l'autoconsumo
- Rafforzamento mobilità ciclistica
- Rafforzamento smart grid
- Ricerca e sviluppo sull'idrogeno
- Rinnovabili e batterie
- Rinnovo flotte bus e treni verdi
- Sperimentazione dell'idrogeno per il trasporto ferroviario
- Sperimentazione dell'idrogeno per il trasporto stradale
- Supporto a start-up e venture capital attivi nella transizione ecologica
- Sviluppo agro-voltaico
- Sviluppo biometano
- Sviluppo trasporto rapido di massa
- Utilizzo dell'idrogeno in settori hard-to-abate.

M2C3 – Efficienza energetica e riqualificazione degli edifici

Investimenti:

- Ecobonus e Sismabonus fino al 110% per l'efficienza energetica e la sicurezza degli edifici
- Efficientamento degli edifici giudiziari
- Piano di sostituzione di edifici scolastici e di riqualificazione energetica
- Promozione di un teleriscaldamento efficiente

- Sicuro, verde e sociale: riqualificazione edilizia residenziale pubblica.

M2C4 – Tutela del territorio e della risorsa idrica

Investimenti:

- Bonifica dei siti orfani
- Digitalizzazione dei parchi nazionali
- Interventi per la resilienza, la valorizzazione del territorio e l'efficienza energetica dei Comuni
- Investimenti in fognatura e depurazione
- Investimenti in infrastrutture idriche primarie per la sicurezza dell'approvvigionamento idrico
- Investimenti nella resilienza dell'agro-sistema irriguo per una migliore gestione delle risorse idriche
- Misure per la gestione del rischio di alluvione e per la riduzione del rischio idrogeologico
- Realizzazione di un sistema avanzato ed integrato di monitoraggio e previsione
- Riduzione delle perdite nelle reti di distribuzione dell'acqua, compresa la digitalizzazione e il monitoraggio delle reti
- Rinaturazione dell'area del Po
- Ripristino e tutela dei fondali e degli habitat marini
- Tutela e valorizzazione del verde urbano ed extraurbano

MISSIONE 3: infrastrutture per una mobilità sostenibile

Due le componenti di questa missione che ha come obiettivo migliorare e rendere sostenibili strade, porti, aeroporti e ferrovie, soprattutto nelle Regioni del Sud e nel tempo massimo di 5 anni.

M3C1 – Investimenti sulla rete ferroviaria

Investimenti:

- Collegamenti ferroviari ad Alta Velocità verso il Sud per passeggeri e merci
- Connessioni diagonali
- Linee ferroviarie ad alta velocità
- Miglioramento delle stazioni ferroviarie nel Sud
- Potenziamento dei nodi ferroviari metropolitani e dei collegamenti nazionali chiave
- Potenziamento delle linee regionali
- Potenziamento, elettrificazione e aumento della resilienza delle ferrovie nel Sud
- Rinnovo del materiale rotabile
- Strade sicure – Implementazione di un sistema di monitoraggio dinamico per il controllo da

COMPONENTI E RISORSE (MILIARDI DI EURO):



25,40
Totale

M3C1 - INVESTIMENTI SULLA RETE FERROVIARIA 24,77

M3C2 - INTERMODALITÀ E LOGISTICA INTEGRATA 0,63

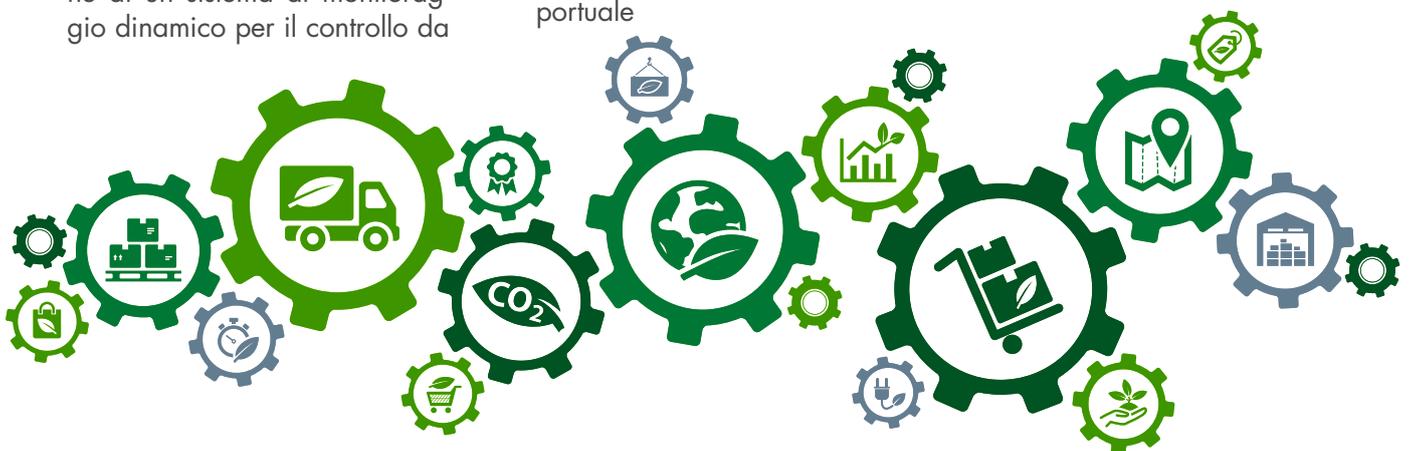
- remoto di ponti, viadotti e tunnel (A24-A25)
- Strade sicure – Implementazione di un sistema di monitoraggio dinamico per il controllo da remoto di ponti, viadotti e tunnel (ANAS)
- Sviluppo del sistema europeo di gestione del trasporto ferroviario (ERTMS).

M3C2 – Intermodalità e logistica integrata

Investimenti:

- Aumento selettivo della capacità portuale

- Digitalizzazione della catena logistica
- Efficientamento energetico
- Elettrificazione delle banchine (Cold Ironing)
- Innovazione digitale dei sistemi aeroportuali
- Interventi per la sostenibilità ambientale dei porti (Green Ports)
- Sviluppo dell'accessibilità marittima e della resilienza delle infrastrutture portuali ai cambiamenti climatici
- Ultimo/Penultimo miglio ferroviario stradale.



MISSIONE 4: istruzione e ricerca

Obiettivi di questa missione sono costruire il futuro dei giovani, riqualificare e mettere in sicurezza asili ed istituti scolastici, costruire scuole moderne orientate all'innovazione. Due le componenti in cui si sviluppa.

M4C1 – Potenziamento dell'offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle università

Investimenti:

- Borse di studio per l'accesso all'università
- Didattica digitale integrata e formazione sulla transizione digitale del personale scolastico
- Didattica e competenze universitarie avanzate
- Estensione del numero di dottorati di ricerca e dottorati innovativi per la Pubblica Amministrazione e il patrimonio culturale
- Intervento straordinario finalizzato alla riduzione dei divari territoriali nei cicli I e II della scuola secondaria di secondo grado
- Nuove competenze e nuovi linguaggi
- Orientamento attivo nella transizione scuola-università
- Piano asili nido
- Piano di estensione del tempo pieno e mense
- Piano di messa in sicurezza e riqualificazione dell'edilizia scolastica
- Potenziamento infrastrutture per lo sport a scuola
- Scuola 4.0: scuole innovative,

COMPONENTI E RISORSE (MILIARDI DI EURO):



30,88

Totale

M4C1 - POTENZIAMENTO DELL'OFFERTA DEI SERVIZI DI ISTRUZIONE: DAGLI ASILI NIDO ALLE UNIVERSITÀ 19,44

M4C2 - DALLA RICERCA ALL'IMPRESA 11,44

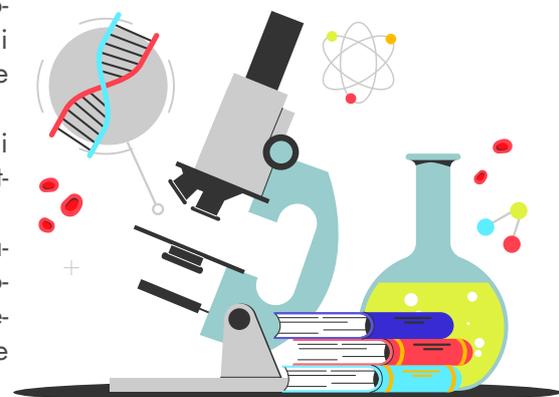
- nuove aule didattiche e laboratori
- Sviluppo del sistema di formazione professionale terziaria.

M4C2 – Dalla ricerca all'impresa

Investimenti:

- Accordi per l'innovazione
- Creazione e rafforzamento di "ecosistemi dell'innovazione", costruzione di "leader territoriali di R&S"
- Finanziamento di progetti presentati da giovani ricercatori
- Finanziamento di start-up
- Fondo per il Programma Nazionale Ricerca (PNR) e progetti di Ricerca di Significativo Interesse Nazionale (PRIN)
- Fondo per la realizzazione di un sistema integrato di infrastrutture di ricerca e innovazione
- Introduzione di dottorati innovativi che rispondono ai fabbisogni di innovazione delle imprese e promuovono l'assunzione dei ricercatori dalle imprese

- IPCEI
- Partenariati – Horizon Europe
- Partenariati allargati estesi a Università, centri di ricerca, imprese e finanziamento progetti di ricerca di base
- Potenziamento ed estensione tematica e territoriale dei centri di trasferimento tecnologico per segmenti di industria
- Potenziamento strutture di ricerca e creazione di "campioni nazionali" di R&S su alcune Key enabling technologies



MISSIONE 5: coesione e inclusione

Questa missione, che si struttura in tre componenti è dedicata a lavoro, imprenditorialità femminile e disuguaglianze sociali.

M5C1 – Politiche per il lavoro

Investimenti:

- Creazione di imprese femminili
- Potenziamento dei Centri per l'impiego
- Servizio civile universale
- Sistema di certificazione della parità di genere
- Sistema duale.

M5C2 – Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore

Investimenti:

- Costruzione e miglioramento dei padiglioni e degli spazi dei penitenziari per adulti e minori
- Housing Temporaneo e Stazioni di posta
- Percorsi di autonomia per persone con disabilità
- Piani urbani integrati
- Piani urbani integrati – Fondo di fondi della BEI
- Piani urbani integrati – Superamento degli insediamenti abusivi per combattere lo sfruttamento dei lavoratori in agricoltura
- Progetti di rigenerazione urbana volti a ridurre situazioni di emarginazione e degrado sociale
- Programma Innovativo della qualità dell'abitare



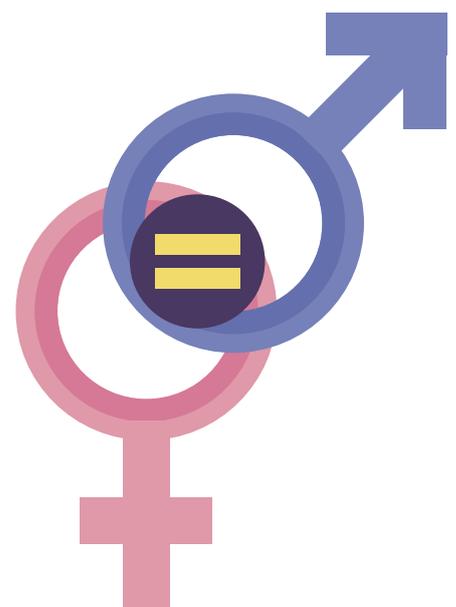
- Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione
- Sport e inclusione sociale.

M5C3 – Interventi speciali per la coesione territoriale

Investimenti:

- Ecosistemi per l'innovazione al Sud in contesti urbani marginalizzati
- Interventi infrastrutturali per le Zone Economiche Speciali (o ZES)
- Interventi per le aree del terremoto 2009 e 2016
- Interventi socio-educativi strutturati per combattere la povertà educativa nel Mezzogiorno a sostegno del Terzo Settore
- Strategia Nazionale Aree Interne – Miglioramento dell'accessibilità e della sicurezza delle

- strade
- Valorizzazione dei beni confiscati alle mafie.



MISSIONE 6: salute

Due componenti caratterizzano questa missione dedicata all'equo accesso alle cure, alla modernizzazione e digitalizzazione delle strutture ospedaliere.

M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza

Investimenti:

- Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina
- Case della comunità e presa in carico della persona.

M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

Investimenti:

- Ammodernamento tecnologico degli ospedali
- Ecosistema innovativo della salute
- Iniziative di ricerca per tecnolo-



- Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione
- Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario
- Valorizzazione e potenziamen-

- to della ricerca biomedica del SSN
- Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile.

MISSIONE 6: la messa a terra

La componente uno di questa missione dedicata in toto alla salute riguarda le reti di prossimità, le strutture e la telemedicina per l'assistenza.

Gli investimenti - 7 miliardi di euro – stanziati per questa componente saranno dedicati a casa come primo luogo di cura, assistenza domi-

ciliare e telemedicina, case della comunità e presa in carico della persona.

Ma come concretamente verrà potenziata l'assistenza e la rete sanitaria territoriale?

Entra con estrema chiarezza, nello specifico con una visione globale sul Paese e puntuale su ciascuna re-

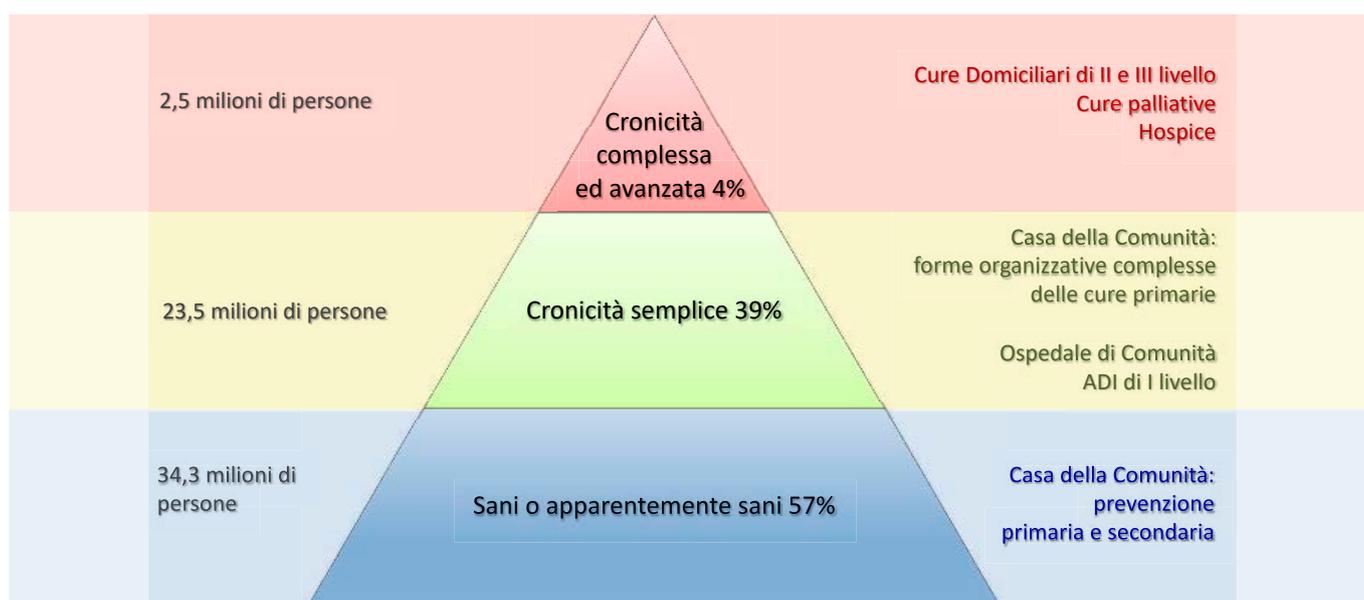
gione il Dr Domenico Mantoan, Direttore dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) con la relazione presentata a il e di seguito riportata.



Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Misura	Sub-misura	Totale
Misura di Riforma: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		0 €
Misura di Investimento: Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale	Submisura 1.1: Casa della Comunità al centro del territorio	2.000.000.000 €
	Submisura 1.2: La Casa come primo luogo di cura per il cittadino attraverso un approccio multilaterale e il ricorso a nuove tecnologie	4.000.000.000 €
	- 1.2.1 La casa come primo luogo di cura - 1.2.2 Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo: la Centrale Operativa Territoriale - 1.2.3 La telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche	
	Submisura 1.3: Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture (l'Ospedale di Comunità)	1.000.000.000 €
		7.000.000.000 €

L'assistenza per bisogni assistenziali



Submisura 1.1: Casa della Comunità al centro del territorio

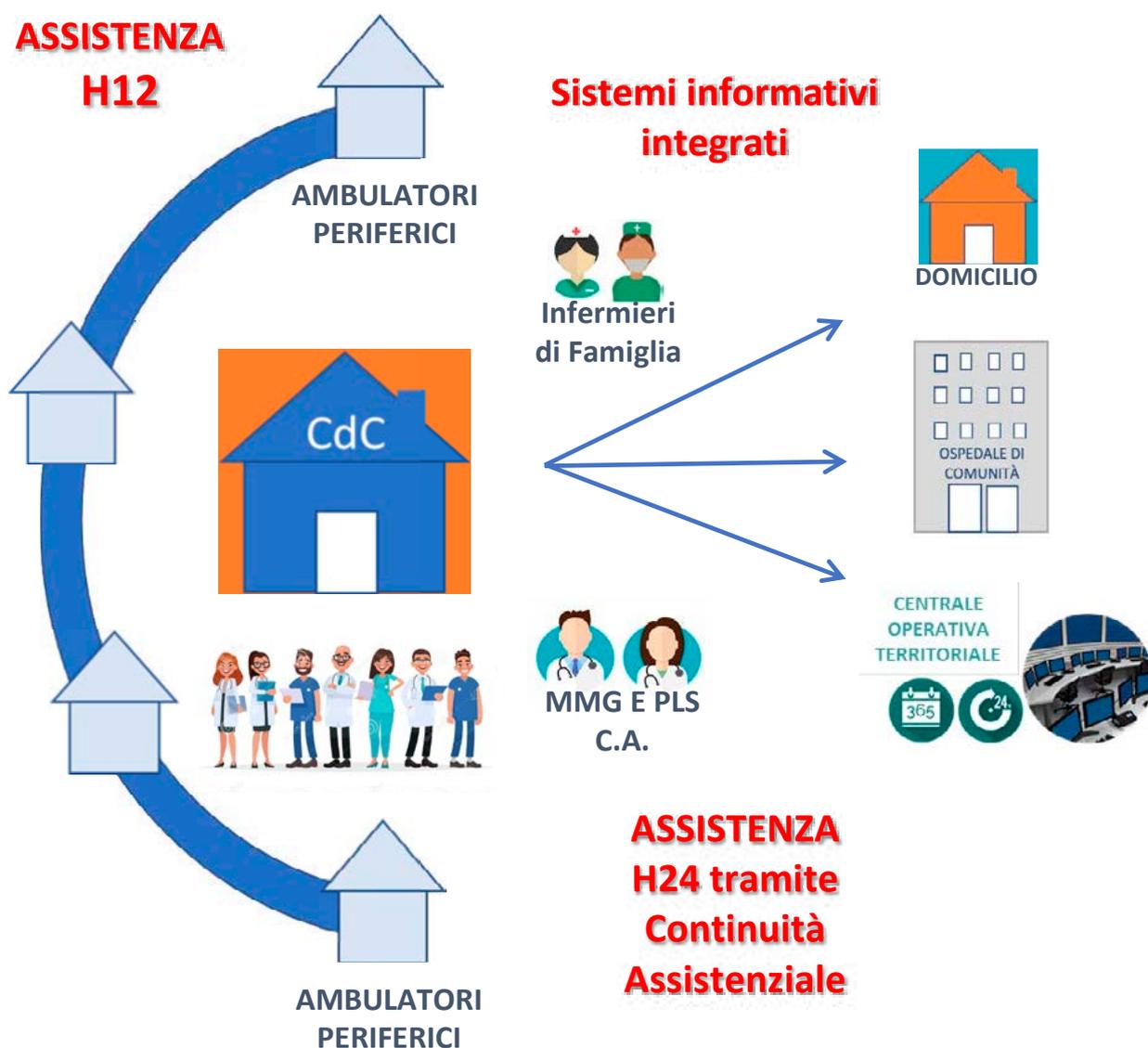
Standard:
1 ogni 15.000 - 25.000 ab

- Organizzazione capillare su tutto il territorio.
- Una struttura fisica in cui opera

ra un team multidisciplinare di: MMG, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e può ospitare anche assistenti sociali.

- Un punto di riferimento continua-

tivo per la popolazione che, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento.



Regione/PA	Popolazione (01/01/2020)	CdC da standard (1 ogni 20.000 ab.)	CdC attive in Regione*	CdC da realizzare con fondo recovery	CdC attive nel 2026
Piemonte	4.341.375	217	71	93	164
Valle d'Aosta	125.501	6	0	3	3
Lombardia	10.103.969	505	0	216	216
PA Bolzano	532.080	27	0	11	11
PA Trento	542.739	27	0	12	12
Veneto	4.907.704	245	77	105	182
Friuli Venezia Giulia	1.211.357	61	0	26	26
Liguria	1.543.127	77	4	33	37
Emilia Romagna	4.467.118	223	124	95	219
Toscana	3.722.729	186	76	80	156
Umbria	880.285	44	4	19	23
Marche	1.518.400	76	21	32	53
Lazio	5.865.544	293	22	125	147
Abruzzo	1.305.770	65	0	28	28
Molise	302.265	15	6	6	12
Campania	5.785.861	289	0	124	124
Puglia	4.008.296	200	0	86	86
Basilicata	556.934	28	1	12	13
Calabria	1.924.701	96	13	41	54
Sicilia	4.968.410	248	55	106	161
Sardegna	1.630.474	82	15	35	50
ITALIA	60.244.639	3.010	489	1.288	1.777

*Fonte dati: Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale.» Documentazione e Ricerche. N. 144. 1 marzo 2021. Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei deputati - XVIII legislatura.

Submisura 1.2.1: La Casa come primo luogo di cura per il cittadino – Assistenza Domiciliare

Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017

Articolo 22 – Cure domiciliari:

Comma 1 - Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fra-

gilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il

declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

Comma 3 - In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livel-

lo di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le

cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

Livello	Coefficiente Intensità Assistenziale (CIA)
Cure domiciliari di livello base	CIA < 0,14
ADI di I livello	0,14 < CIA < 0,30
ADI di II livello	0,31 < CIA < 0,50
ADI di III livello	CIA > 0,50

CIA = GEA/GdC

GEA: giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare

GdC: giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma

Articolo 23 – Cure palliative domiciliari:

Comma 1 - Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o,

se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitati-

vo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale. Le cure palliative domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

Livello	Coefficiente Intensità Assistenziale (CIA)
Livello base	CIA < 0,50
Livello specialistico	CIA > 0,50

CIA = GEA/GdC

GEA: giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare

GdC: giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma

Standard: 10% della popolazione over 65

Metodologia:

Lo standard è stato costruito tenendo conto delle esperienze regionali più virtuose, come Emilia-Romagna e Veneto. Un'analisi di dettaglio della popolazione in assistenza domiciliare di queste 2 regioni ha per-

messo di ripartire la popolazione italiana over 65 nei seguenti livelli di intensità assistenziale:

- 60% in cure domiciliari di base (484.782 persone) ;
- 20% in cure domiciliari integrate di I livello (161.594 persone);
- 10% in cure domiciliari integrate di II livello (80.797 persone);

- 4% in Cure domiciliari integrate di III livello (32.319 persone);
- 6% in Cure palliative domiciliari (48.478 persone).

Per raggiungere lo standard del 10% della popolazione italiana over 65 è stato calcolato l'incremento delle prese in carico in Assistenza Domiciliare sulle proiezioni di popolazione over 65 al 2026.

Regione/PA	Popolazione over 65 attuale	Assistiti over 65 con PIC erogate (SIAD 2019)	% utenti trattati complessivamente per Regione 2019	Target Popolazione >65 anni presa in carico al 10% al 2026	Numero pazienti da incrementare in Cure Domiciliari per raggiungere il target del 10%
Piemonte	1.115.960	61.667	5,5%	117.802	56.135
Valle d'Aosta	30.309	227	0,7%	3.241	3.014
Lombardia	2.295.835	108.959	4,7%	250.058	141.099
PA Bolzano	105.656	365	0,3%	11.889	11.524
PA Trento	122.248	7.291	6,0%	13.599	6.308
Veneto	1.135.667	100.143	8,8%	124.841	24.698
Friuli Venezia Giulia	319.905	17.782	5,6%	33.648	15.866
Liguria	438.344	15.838	3,6%	45.062	29.224
Emilia Romagna	1.079.476	98.894	9,2%	115.261	16.367
Toscana	950.428	79.172	8,3%	100.661	21.489
Umbria	225.810	9.752	4,3%	24.026	14.274
Marche	381.026	14.974	3,9%	40.622	25.648
Lazio	1.276.877	31.731	2,5%	141.744	110.013
Abruzzo	314.288	15.166	4,8%	34.019	18.853
Molise	75.887	5.430	7,2%	8.100	2.670
Campania	1.099.634	29.244	2,7%	124.273	95.029
Puglia	891.842	23.297	2,6%	98.710	75.413
Basilicata	130.001	6.666	5,1%	14.215	7.549
Calabria	419.874	8.338	2,0%	46.742	38.404
Sicilia	1.056.210	51.246	4,9%	116.958	65.712
Sardegna	393.813	15.662	4,0%	44.345	28.683
ITALIA	13.859.090	701.844	5,1%	1.509.814	807.970,10

Modello organizzativo:

Il servizio di assistenza domiciliare è garantito attraverso la presenza di personale sanitario (infermieri,

OSS, tecnici e medici) 7 giorni su 7 dalle 07.00 alle 21.00. La programmazione degli accessi infermieristici a domicilio dovrà essere svilup-

pata nell'arco dell'intera settimana (ossia 7 giorni su 7), tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti.

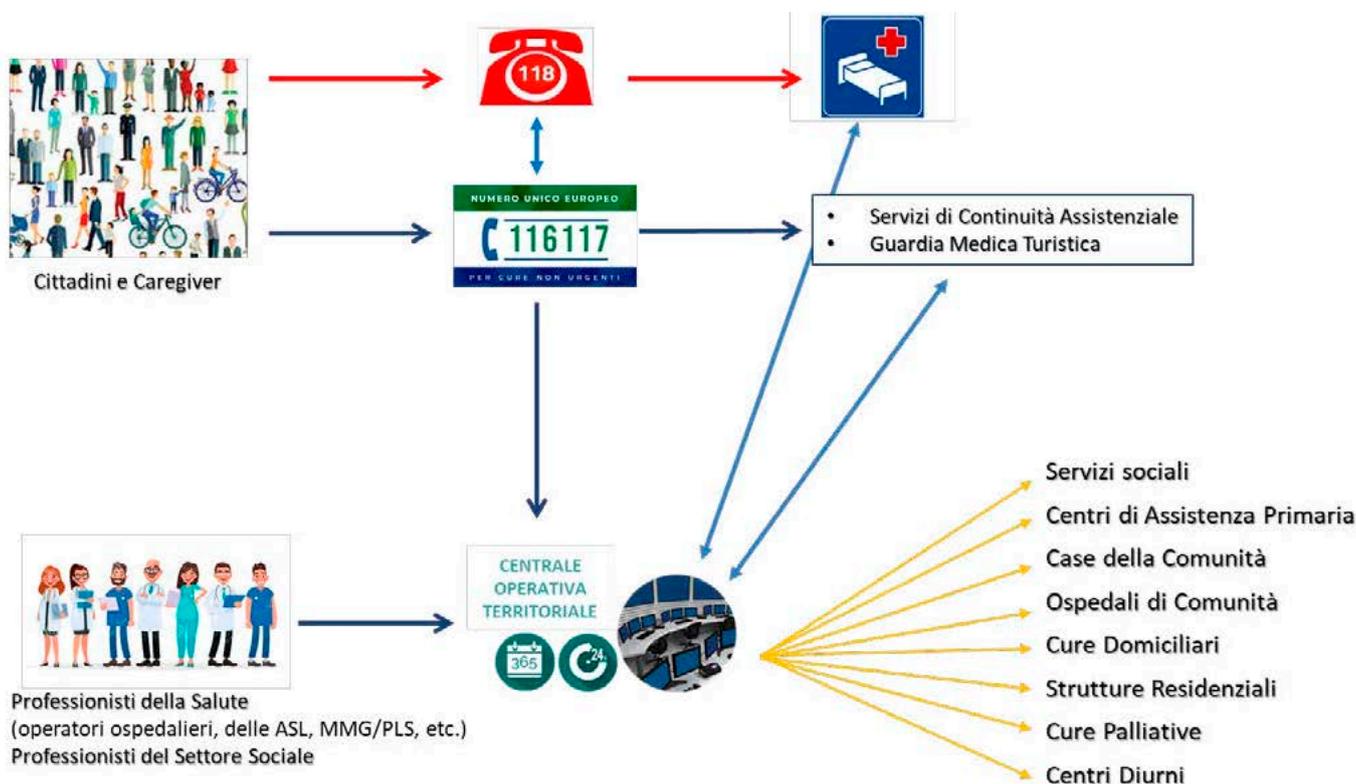
Submisura 1.2.2: Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo: Centrale Operativa Territoriale

Standard: 1 ogni 100.000 ab

- Piattaforma di interconnessione con tutte le strutture presenti sul territorio

- Device per pazienti ed operatori
- Sperimentazione di strumenti di Intelligenza Artificiale e Machine Learning a supporto della

- gestione clinica e organizzativa dei pazienti
- Infermieri di Famiglia



Regione/PA	Popolazione (01/01/2020)	COT standard (1 ogni 100.000)
Piemonte	4.341.375	43
Valle d'Aosta	125.501	1
Lombardia	10.103.969	101
PA Bolzano	532.080	5
PA Trento	542.739	5
Veneto	4.907.704	49
Friuli Venezia Giulia	1.211.357	12
Liguria	1.543.127	15
Emilia Romagna	4.467.118	45
Toscana	3.722.729	37
Umbria	880.285	9
Marche	1.518.400	15
Lazio	5.865.544	59
Abruzzo	1.305.770	13
Molise	302.265	3
Campania	5.785.861	58
Puglia	4.008.296	40
Basilicata	556.934	6
Calabria	1.924.701	19
Sicilia	4.968.410	50
Sardegna	1.630.474	16
ITALIA	60.244.639	602

Modello organizzativo:

La Centrale Operativa Territoriale è uno strumento organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e socio-sanitari.



Submisura 1.2.3: La telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche

Obiettivi:

1. contribuire a ridurre la variabilità geografica dell'assistenza territoriale, grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia;
2. garantire una migliore "esperienza di cura" per i cittadini;
3. migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali, attraverso approcci di cura domiciliare e protocolli di monitoraggio da remoto dei pazienti.



Metodologia:

- Finanziamento di Progetti di Telemedicina selezionati attraverso un bando di gara nazionale rivolto alle Regioni.
- Selezione dei Progetti sarà rivolta a quei progetti che mireranno:
 - all'integrazione delle soluzioni proposte con il Fascicolo Sanitario Elettronico;
 - al raggiungimento di target quantitativi di performance
- legati ai principali obiettivi della telemedicina;
- progettati a supporto del nuovo modello di sanità territoriale.

Submisura 1.3: Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture (l'Ospedale di Comunità)

Standard previsti da Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020:

- Strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinati a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica.
- Strutture intermedie tra la rete

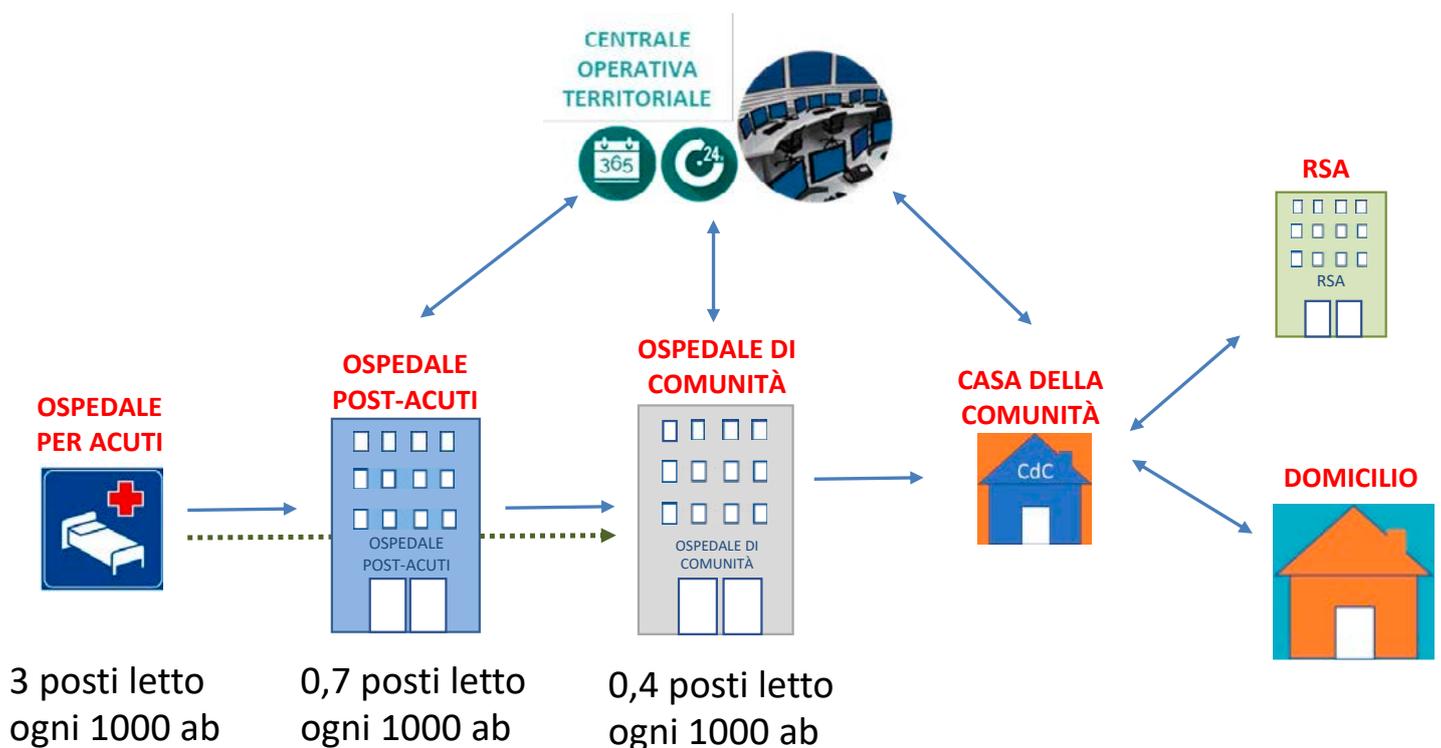
territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto).

- Struttura a gestione prevalentemente infermieristica.

OSPEDALE DI COMUNITÀ



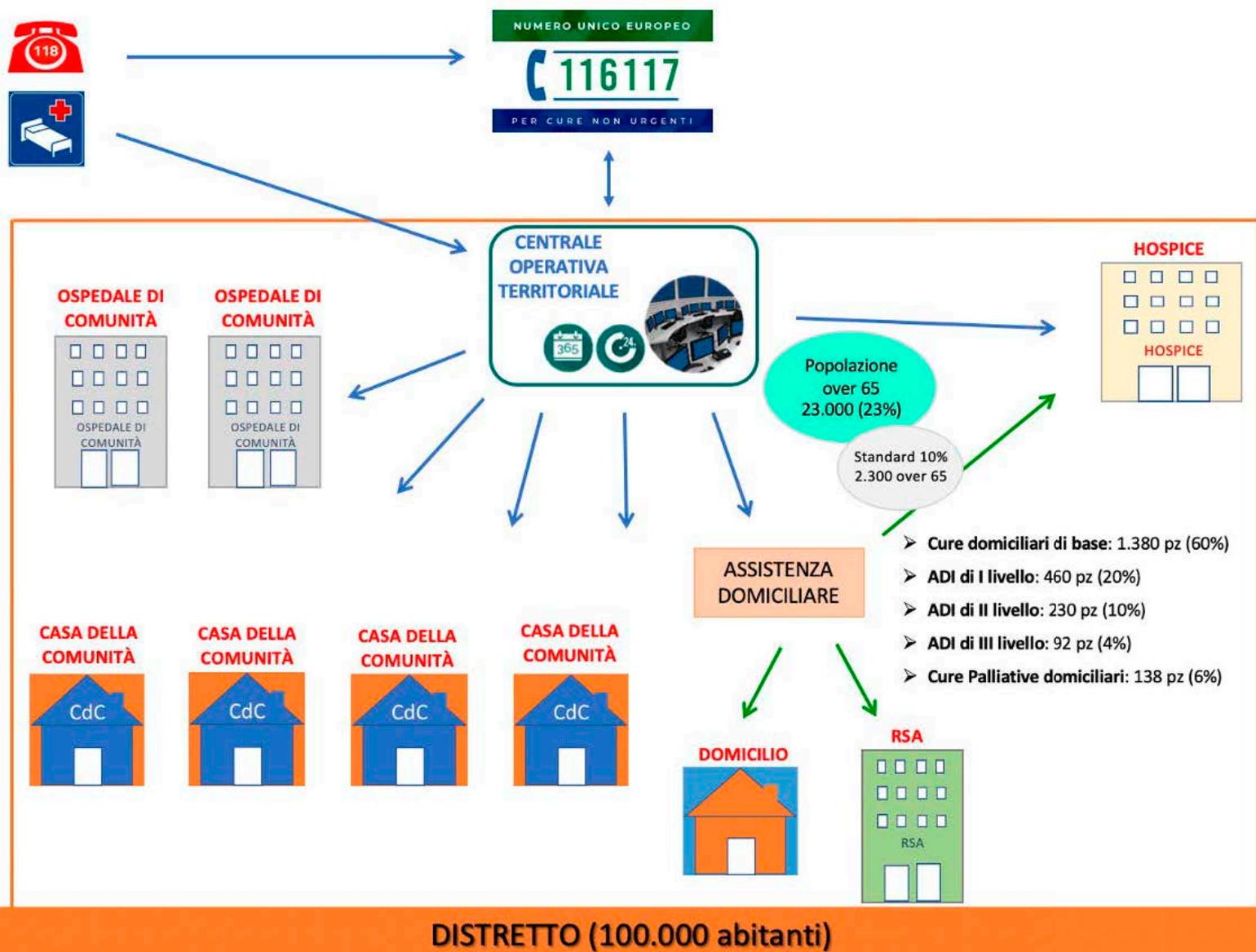
Standard 1 OdC (20 PL) ogni 50.000 abitanti



Regione/PA	Popolazione (01/01/2020)	PL OdC da standard (20 p.l. ogni 50.000 ab.)	OdC da standard (1 OdC ogni 50.000 ab.)	PL OdC attivi in Regione	PL OdC da realizzare con fondo recovery	OdC da realizzare con fondo recovery	PL attivi nel 2026
Piemonte	4.341.375	1.737	87	30	549	27	579
Valle d'Aosta	125.501	50	3	0	16	1	16
Lombardia	10.103.969	4.042	202	467	1.278	64	1.745
PA Bolzano	532.080	213	11	0	67	3	67
PA Trento	542.739	217	11	0	69	3	69
Veneto	4.907.704	1.963	98	1.426	621	31	2.047
Friuli Venezia Giulia	1.211.357	485	24	0	153	8	153
Liguria	1.543.127	617	31	20	195	10	215
Emilia Romagna	4.467.118	1.787	89	359	565	28	924
Toscana	3.722.729	1.489	74	245	471	24	716
Umbria	880.285	352	18	0	111	6	111
Marche	1.518.400	607	30	616	192	10	808
Lazio	5.865.544	2.346	117	0	742	37	742
Abruzzo	1.305.770	522	26	0	165	8	165
Molise	302.265	121	6	0	38	2	38
Campania	5.785.861	2.314	116	0	732	37	732
Puglia	4.008.296	1.603	80	0	507	25	507
Basilicata	556.934	223	11	0	70	4	70
Calabria	1.924.701	770	38	0	243	12	243
Sicilia	4.968.410	1.987	99	0	628	31	628
Sardegna	1.630.474	652	33	0	206	10	206
ITALIA	60.244.639	24.098	1.205	3.163	7.620	381	10.783

*Fonte dati: Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale.» Documentazione e Ricerche. N. 144. 1 marzo 2021. Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei deputati - XVIII legislatura.

La riorganizzazione territoriale



Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale

Gli effetti delle misure proposte sulla qualità dell'assistenza e sulla comunità di riferimento.

- Sistemi sanitari con all'interno forti sistemi di assistenza territoriale sono associati a una migliore salute della popolazione di riferimento.
- Una rete sanitaria territoriale capillare sul territorio basato su un approccio proattivo e sulla continuità della presa in carico della popolazione è associato ad un minor rischio di sviluppo, di riacutizzazione e di progressione delle condizioni croniche.
- Il potenziamento dell'offerta sanitaria territoriale si associa ad una riduzione dei ricoveri definiti ad alto rischio di inappropriata, quali ad esempio diabete, malattia polmonare cronica ostruttiva e ipertensione.
- La capillare distribuzione delle Case della Comunità su tutto il territorio nazionale, in grado di garantire assistenza sanitaria di base H24 alla popolazione, costituirà la reale alternativa al pronto soccorso per tutte quelle condizioni classificate come non urgenti (codici bianchi e verdi)
- Le evidenze dimostrano inoltre che le cure primarie e quindi una migliore assistenza di prossimità (a differenza di sistemi basati sull'assistenza specialistica) garantiscono una più equa distribuzione della salute nella popolazione permettendo di raggiungere anche le fasce di popolazione hard to reach.
- Il potenziamento dell'assistenza territoriale promuovendo un'offerta diversificata di servizi sanitari territoriali capillare su tutto il territorio nazionale vuole essere un punto di riferimento continuo per la popolazione che, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica e il personale sanitario specializzato adeguatamente formato e dedicato, permette di garantire una migliore presa in carico della comunità di riferimento.
- Maggiore appropriatezza e integrazione socio-sanitaria grazie alla possibilità di rispondere in modo personalizzato alle necessità della persona e della famiglia (potenziamento dell'Assistenza Domiciliare e della rete degli Ospedali di Comunità).
- Più forte è l'assistenza territoriale minori sono i costi totali sul sistema sanitario.



Il futuro prossimo dell'Assistenza Territoriale

- La casa come luogo di cura sfruttando l'innovazione tecnologica.
- Assistenza integrata, multidisciplinare e multiprofessionale.
- Offerta dei servizi diversificata in grado di rispondere al cambiamento dei bisogni di salute della popolazione.
- Assistenza personalizzata, dalla prevenzione al trattamento, anche grazie all'utilizzo di big data e sistemi di intelligenza artificiale di supporto.
- Promozione di servizi sanitari vicini al cittadino e facilmente accessibili.
- Rafforzare l'empowerment del cittadino dentro e fuori i luoghi di cura.

È evidente che affinché il futuro prossimo dell'assistenza territoriale si concretizzi in tempi congrui e efficacemente in termini di tempestività e qualità della risposta ai bisogni dei cittadini deve essere posta grande attenzione alle risorse umane, ovvero alle professionalità necessarie al cambiamento e non solo a quelle strutturali.

Casa come luogo di cura, assistenza integrata multiprofessionale e multidisciplinare, offerta diversificata dei servizi, assistenza personalizzata, servizi sanitari vicini al cittadino, empowerment del cittadino non possono prescindere dalla presenza dei professionisti in numero e professionalità adeguato.

E quello degli infermieri che dovranno essere sul territorio tra Case e Ospedali di Comunità e Centrali operative territoriali, come ha indicato anche l'Agenas non sono sufficienti. Nel contesto che si sta delineando è certamente l'Infermiere di famiglia e comunità il candidato ideale al ruolo di case manager.

E sul ruolo chiave degli infermieri in più occasioni e su più tavoli istituzionali e non, la Presidente Barbara Mangiacavalli si è fermamente espressa in tal senso sottolineando

che gli stessi conoscono e agiscono sul territorio e sono stati quelli che insieme ad altri professionisti, sono andati nelle case delle persone durante la pandemia.

“Abbiamo avuto l'ennesima conferenza – afferma – delle situazioni di fragilità, di mancata assistenza, di solitudine e isolamento, e come facciamo da anni ci siamo spesi per garantire il possibile nel prendersi carico della salute dei nostri assistiti e per questo siamo in pole position per il ruolo di team leader nel disegno del PNRR.

“Lo rivendichiamo nel contenuto – sostiene ancora la Presidente – e non nel contenitore: non se ne può più di sentir parlare di 'contenitori' e di leggere articoli in cui si discute se si deve chiamare in un modo piuttosto che in un altro o in cui ci si riferisce ancora a questioni ormai inesistenti di gerarchia”.

“Spero che la forza del PNRR – sottolinea – sia quella di rivedere e innovare modelli, spero che la forza stia nel non ragionare più di contenitori e gerarchie. Si raccomanda l'équipe multi-professionale in cui deve esserci un team leader che rappresenta la professione che risponde al bisogno prioritario trovato in quella

famiglia, in quella comunità, in quel singolo”.

“Allora – continua – costruiamo il team leader sul bisogno prevalente che sia sanitario, sociale, sociosanitario, socioassistenziale: i meccanismi di lavoro non possono essere gerarchizzati secondo modelli precostituiti, ma deve esserci un adattamento reciproco, non la standardizzazione delle competenze, ma la standardizzazione della formazione.

Questa è una vera équipe multiprofessionale e questa è l'organizzazione che ci aspettiamo dalle Regioni. Gli infermieri saranno al fianco di quelle che vogliono costruire davvero il nuovo modello, ma con altrettanta forza respingeranno ogni ipotesi di rimanere ancorati a vecchi schemi precostituiti”.

CARENZA INFERMIERISTICA

Ma gli infermieri non sono sufficienti..

a cura della REDAZIONE

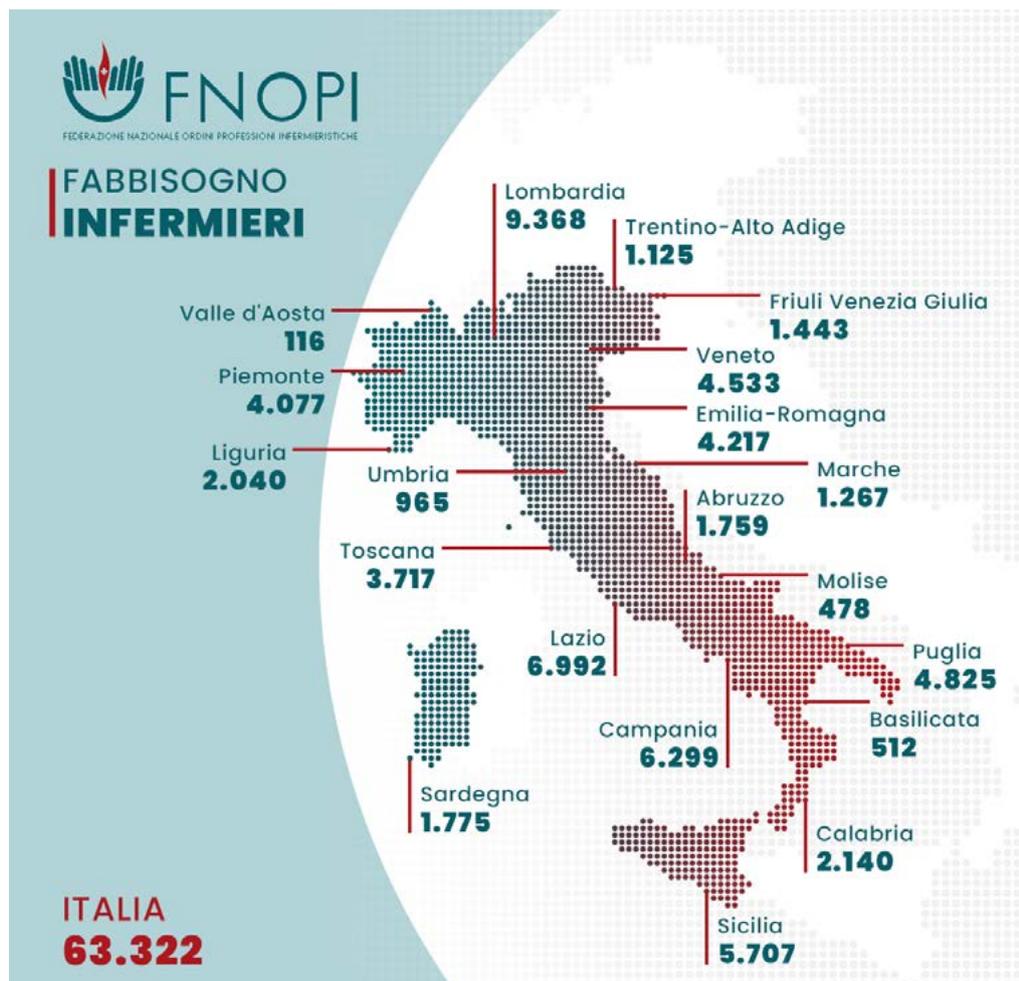
Ne mancano oltre oltre 60 mila.

Senza una soluzione alla carenza di organico chi rischia di più è l'assistenza, ma anche l'applicazione del PNRR che punta tutto sull'assistenza territoriale.

Per questo la FNOPI, a settembre scorso ha messo a punto alcune proposte diversificate sul breve, medio e

lungo termine per far fronte alla carenza di professionisti con particolare attenzione a residenzialità privata e convenzionata, e alle aree interne e disagiate.

Il documento, riportato a seguire diventerà elemento ulteriore di interlocuzioni politiche e istituzionali della Federazione e degli OPI provinciali.



Carenza infermieristica: proposte operative

Premessa

Diversi sono gli obiettivi che caratterizzano questo percorso, a breve termine per rispondere alla carenza infermieristica e a medio e lungo termine per ristrutturare e potenziare il settore oggi in difficoltà.

A breve termine favorire:

- Il superamento del vincolo di esclusività che oggi lega l'infermiere nel rapporto di lavoro con il servizio sanitario pubblico;
- L'esercizio libero professionale a supporto delle strutture socio sanitarie territoriali. Gli infermieri iscritti alla cassa dell'Ente di previdenza infermieristica (ENPAPI) sfiorano gli 80mila. Di questi in esercizio libero professionale puro, che potrebbero quindi garantire un adeguato supporto, almeno 30.000
- Progetti finalizzati a garantire il supporto in termini di prestazioni di assistenza infermieristica da parte delle Aziende Sanitarie alle strutture residenziali territoriali. L'attività dovrà essere svolta al di fuori dell'orario di servizio e remunerata con l'istituto delle *prestazioni aggiuntive* ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lett. d), del CCNL del Comparto Sanità del 21 maggio 2018.
- I percorsi di incentivazione per "distacchi" o "comandi" (così come previsto dall'attuale assetto contrattuale del CCNL) dall'azienda sanitaria ospedaliera verso le strutture socio sanitarie territoriali, favorendo il riavvicinamento territoriale del dipen-

dente considerata la residenza.

- L'accreditamento delle strutture socio sanitarie quali sedi di tirocinio dei corsi di laurea in infermieristica, al fine di potenziare le possibilità di svolgimento di tirocini curriculari da parte degli studenti del triennio quale strumento per lo sviluppo culturale in tale setting".

A medio termine ridefinire:

- Le regole di accreditamento delle strutture, nell'ottica di adeguamento dei servizi offerti in relazione all'evoluzione dei bisogni dei cittadini e per la conseguente revisione dei modelli organizzativi e assistenziali, promuovendo una evoluzione delle varie figure professionali e di un chiaro e competente coordinamento della pianificazione e dell'intervento assistenziale.
- La valorizzazione della professione infermieristica nelle strutture socio sanitarie territoriali:
 - Prevedendo l'investimento nella formazione e nell'aggiornamento delle competenze specialistiche per gli infermieri già impegnati all'interno delle strutture.
 - Prevedendo uno sviluppo in chiave clinica per attualizzare la necessaria maggiore pertinenza alla complessità e tipologia assistenziale di carriera e sotto il profilo gestionale.
- I contingenti formativi adeguandoli alle reali esigenze di tutti i servizi (ospedalieri e territoriali)

prevedendo anche l'investimento per le necessarie azioni formative (Med. 45, tutor, aule) coinvolgendo gli OPI, le Regioni, le Università. Attualmente i docenti MED/45 sono solo 43 (di cui 8 ordinari, 19 associati, 1 ricercatore a tempo indeterminato, 10 ricercatori RTDB, 5 ricercatori RTDA).

Nota: i docenti MED/47 (Scienze infermieristiche ostetrico-ginecologiche) sono 6 e quelli MED/48 (scienze infermieristiche e tecniche neuropsichiatriche e riabilitative) sono 35. La valorizzazione economica delle competenze, responsabilità e autonomia della professione infermieristica a tutti i livelli al fine di rendere attraente anche l'esercizio nelle strutture socio sanitarie territoriali, favorendo percorsi di carriera professionale in ambito manageriale e clinico. Parlando di attrattività, è da rilevare che il mercato del lavoro per gli infermieri è stato caratterizzato da scelte obbligate e mai supportate da condizioni economiche vantaggiose e di sicurezza accettabili o alternative. Inoltre per gli Infermieri, non essendo mai intervenuto tutt'oggi, nonostante le pressanti richieste e i tavoli tecnici istituiti, alcun riconoscimento formale per i percorsi formativi specialistici universitari certificati e le esperienze professionali maturate negli anni che ne attestano le competenze avanzate acquisite, il potere contrattuale sul mercato è stato ed è ancora estremamente ridotto.

Gli Infermieri che operano nei settori delicati e complessi che hanno avu-

to a che fare direttamente e indirettamente con la pandemia, pertanto, erano e sono gli stessi, senza ricambi generazionali, senza riconoscimenti formali e senza effettive opportunità alternative in altre aree e settori anche della sanità privata o della libera professione.

A lungo termine promuovere:

Il rientro degli infermieri italiani emigrati all'estero. Incentivi in termini contrattuali ed economici.

Attualmente si calcola che lavorino all'estero circa 20.000 infermieri italiani. La maggior parte di loro è in carriera e non pensa di tornare in Italia nel prossimo futuro. Meno di un terzo attende l'esito di chiamate da concorsi nel nostro Paese. Per questo è necessario trovare forme mirate di incentivazione.

Secondo dati aggiornati al dicembre 2019, gli stati maggiormente interessati dal flusso Migratorio infermieristico sono l'Inghilterra (con 3988 infermieri) e la Germania (con 2033). Con numeri sensibilmente inferiori troviamo poi a seguire Belgio, Spagna e Francia.

Ancora meno le migrazioni extra-UE: Usa (per lo più ricercatori), America Latina, Africa, Qatar, Emirati Arabi, ecc.

È da rilevare che negli ultimi due anni l'esodo di massa verso l'Inghilterra, complice anche la Brexit, si è ridotto sensibilmente a favore della Germania, anzi abbiamo assistito proprio ad un fenomeno di migrazione dall'Inghilterra alla Germania anche da parte di infermieri italiani. Come è naturale, uno dei principali fattori è riconducibile al trattamento econo-

mico: le retribuzioni degli infermieri non subiscono grosse e sostanziali variazioni da anni. Quelli che lavorano nel pubblico partono, a inizio carriera, da uno stipendio di circa 1.150 euro netti. Nel corso della carriera la retribuzione aumenta di poco a seconda dell'età e delle mansioni più o meno rischiose. Lo stipendio medio di un infermiere che lavora nel pubblico, a metà carriera e tarato su una media di indennità corrisposte, è di 1.410 euro netti al mese. Si avvicinano ai 2.000 euro solo gli infermieri più anziani e con un certo grado di specializzazione. In Germania e Regno Unito lo stipendio medio è di circa 2.500 euro, mentre la media europea si attesta intorno ai 1.900 euro.



EDITORIALE L'INFERMIERE N 3 - 2021

Contenuti (e non contenitori), fabbisogni e infermieri di fami- glia e comunità: ecco le parole chiave di un pnrr che innovi dav- vero verso il territorio.

a cura della REDAZIONE

Gli infermieri rappresentano la figura centrale attorno cui ruota gran parte della rivoluzione del territorio disegnata nel Recovery Plan. Ci sono tre concetti chiave in questo senso su cui vorrei condividere alcune riflessioni. Uno è la necessità di parlare di contenuti anziché di contenitori ed è il concetto su cui intendo soffermarmi con maggiore attenzione. Un secondo concetto è quello dei fabbisogni formativi e quindi anche professionali. Il terzo è sull'infermiere di famiglia e di comunità, che fa parte anch'esso del ragionamento sui contenuti e non sui contenitori. Dico questo perché i contenitori sono stati ampiamente ben descritti e anche sostenuti da numeri, dati ed evidenze che in particolare AgeNaS ha messo in risalto con una visione assolutamente concreta, così come ha fatto a più riprese l'Istituto superiore di sanità e la segreteria tecnica del ministero della Salute. I contenitori sono stati definiti e discusse se il contenitore si deve chiamare in un modo piuttosto che in un altro lo trovo un mero esercizio teorico ridondante non produttivo e che non ci consente soprattutto di parlare del contenuto. Perché il problema è questo, il contenuto: come si sta dentro le case della comunità come si sta dentro il distretto. Altrimenti non si fanno i necessari passi avanti. Dobbiamo parlare di contenuto e non continuare a ragionare per silos. Cambiamo il nome alle cose, ma dentro si lavora sempre come si stesse in un silos e non si fa lo sforzo di lavorare per processi e per percorsi trasversali. Continua-

mo a lavorare con una frammentazione delle politiche economiche delle politiche sanitarie delle politiche sociali e quindi tutto si trasforma in una frammentazione di modelli organizzativi - istituzionali sociali o sanitari. Non concordo con chi non ha la volontà di parlare di integrazione, perché si integra ciò che è diverso perché ciò che uguale non ha bisogno di integrazione. Dobbiamo integrare ciò che è diverso se vogliamo fare un passo avanti e quindi cambiare anche la cultura dei professionisti. E qui torno sul significato e il senso profondo della formazione delle professioni sanitarie. Credo che debbano essere ripensati tutti i modelli formativi di tutte le professioni sanitarie e trovo assurdo che non ci si incontri mai durante la formazione e non ci si conosca durante la formazione, ma magicamente poi si riesca a lavorare insieme: qualche passaggio prima si deve anche fare. Quindi il cambio di cultura deve partire dai banchi dell'università di tutte le professioni sanitarie e deve continuare con l'apprendimento organizzativo, la formazione on the job, anche rispetto ai modelli regionali. Parlo di contenuto perché il sociale e il sanitario devono essere integrati. È vero, noi infermieri lo abbiamo fatto, compiendo un passo concreto, anche in un recente incontro con l'Ordine nazionale degli assistenti sociali. E lo abbiamo fatto perché ci siamo resi conto - e rivendichiamo questo risultato e questo ruolo - che durante la pandemia chi entrava nelle case delle persone sono stati gli infermieri e



gli assistenti sociali: sono loro che hanno raccolto un bisogno che era frammentato e che hanno provato a ricompilarlo. Abbiamo provato a farlo con i mezzi che avevamo e gli infermieri sono stati i primi a essere coinvolti in modo diretto per questo ruolo, grazie anche all'intervento del decreto Rilancio (la legge 77/2020) che proprio in questo senso ha introdotto l'infermiere di famiglia e di comunità nel distretto. Gli infermieri sono stati quelli che insieme ad altri professionisti, prevalentemente gli assistenti sociali – quei pochi che ci sono – sono andati nelle case delle persone, anche magari solo a fare un tampone. Ci siamo resi conto delle situazioni di fragilità di visibilità di prossimità che non erano state prese in carico; il grande disabile positivo al Covid assistito dai genitori ottantenni positivi al Covid e non in grado di alzarsi dal letto; famiglie che non mangiavano da due giorni. Questo l'hanno visto gli infermieri e gli assistenti sociali e questo lo rivendichiamo nel disegno del PNRR e nella sua struttura. Allora questo ruolo lo riven-

dichiamo nel contenuto e non nel contenitore perché non se ne può più di sentir parlare di contenitore e di leggere articoli in cui si discute se si deve chiamare in un modo piuttosto che in un altro o in cui ci si riferisce ancora a questioni ormai inesistenti di gerarchia. Spero che la forza del PNRR sia quella di rivedere e innovare modelli, spero che la forza stia nel non ragionare più di contenitori e gerarchie. Si raccomanda l'équipe multiprofessionale in cui secondo me deve esserci un team leader che rappresenta la professione che risponde al bisogno prioritario trovato in quella famiglia, in quella comunità, in quel singolo. Allora costruiamo il team leader sul bisogno prevalente che sia sanitario, sociale, sociosanitario, socio-assistenziale e quindi i meccanismi di lavoro non possono essere gerarchizzati secondo modelli precostituiti, ma deve esserci un adattamento reciproco, non la standardizzazione delle competenze, ma la standardizzazione della formazione. Questa è una vera équipe multiprofessionale. Ultima riflessione sul contenuto. Cre-

do sia ora di finirla di dire che le politiche contrattuali rappresentano un alibi per non realizzare l'integrazione multiprofessionale. Sono sì rilevanti, ma non devono essere l'elemento dirimente nella costruzione dei meccanismi operativi dalla stessa équipe multiprofessionale, dentro un disegno più ampio innovativo: non possono continuare ad essere un alibi. Il secondo aspetto è il tema del default dei fabbisogni. Fabbisogni formativi di base, specialistici, e ovviamente parlo per le professioni che rappresento: infermiere e infermiere pediatrico. Si deve ragionare per modelli organizzativi assistenziali e la Federazione condivide questo modello. Quindi la politica dei fabbisogni e il dialogo tra ministero dell'Università, ministero della Salute e Federazione si deve orientare verso una politica indirizzata su quali modelli professionalmente si devono realizzare: quali e quanti professori interni alla professione occorrono, quali competenze occorrono, compresa la formazione specialistica per l'infermiere di famiglia e di comunità piuttosto che la forma-



zione necessaria ai bisogni clinici assistenziali complessi. Senza ignorare anche i bisogni manageriali. Il governo di questi processi trasversali, dalle case di comunità ai distretti alla Centrale operativa territoriale (Cot), ne discute, perché lo stesso PNRR è un luogo in qualche modo virtuale di interconnessione, di intercettazione di quei bisogni che spesso sono inespressi o non manifesti. Quando io, infermiere, entro in casa e trovo quei bisogni, sono pronta e preparata per affrontare determinate situazioni ma spesso ne trovo altre. Allora riporto alla Cot che definisce, organizza, strutture e percorsi, mettendo in rete case della comunità, specialisti, il medico di medicina generale il terzo settore il volontariato. Terzo aspetto il focus dell'infermiere di famiglia e comunità. È stato citato più volte e sembra l'uovo di Colombo. La Federazione nazionale però da almeno 10 anni continua a sostenerlo e ad affermare che l'infermieristica di famiglie di comunità è un'evoluzione non solo auspicata, ma anche doverosa rispetto alla modifica dei bisogni di salute delle po-

polazioni. Siamo riusciti a portarla a casa con un grande lavoro istituzionale. E qui permettetemi anche di ringraziare Tonino Aceti che ha condiviso un pezzo di strada con gli infermieri nel triennio passato e con tutti gli interlocutori con cui direttamente abbiamo lavorato per l'infermiere di famiglia e comunità dal Ministero della Salute alla Conferenza Stato Regioni. Non a caso si chiama di famiglia e di comunità. Il "di famiglia" per noi significa che l'infermiere è il candidato naturale a essere in qualche modo il care manager il case manager e ora parliamo anche di disability manager, fragility manager, colui che identifica raccoglie il bisogno lo decodifica lo inserisce nei percorsi, mette in rete tutti quelli che devono in qualche modo rispondere a questo bisogno. E in questo senso va anche il "di comunità". Significa che è inserito nel tessuto sociale della comunità che fa rete con tutta la comunità con le reti formali e informali. Significa che si occupa ad esempio della scuola – ma non solo – perché la scuola è una comunità ed è inserita nella comunità, signifi-

ca che si occupa dell'ambiente nella logica One Health perché guarda alla promozione della salute e gli stili di vita, ma anche alla necessità di quelle azioni di promozione di prevenzione alla base della One Health dell'alimentazione, di tutta una serie di altre questioni. Significa che si occupa sostanzialmente dei temi della prevenzione ed è inserito nel territorio di cui la comunità fa parte. Niente di nuovo per noi, perché, ripeto, la Federazione lo ha già definito così anni fa. Forse ora può diventare qualcosa di diverso e di più ricco perché l'esperienza pandemica a noi infermieri oltre le fatiche, lo stress, la paura della malattia e della morte con cui ci siamo confrontati tutti i giorni da 15 mesi a questa parte 24 ore su 24 in ospedale a domicilio, nelle Rsa nei territori, nell'urgenza emergenza, ovunque, ha regalato la ricchezza di entrare nelle case delle persone e di prendere per mano queste persone e i loro bisogni sociosanitari. Questa ricchezza non ce la potrà togliere nessuno. Non vogliamo essere chiamati eroi, siamo professionisti. E allora chiediamo di partecipare attivamente a declinare concretamente questi contenuti perché i contenitori li abbiamo e la Federazione li ha accettati, condivisibili o meno. Ora però lavoriamo davvero per i contenuti.

www.opiverona.it



**Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Verona**

Via Ca' di Cozzi, 14/B - 37124 VERONA
Telefono: 045.913938 - Fax: 045.914671
E-mail: info@opiverona.it