



I Lea sono una realtà importante per il Servizio sanitario nazionale e dopo la loro approvazione la parte più complessa è essere certi che siano davvero garantiti a tutti e ovunque. Un impegno importante per il ministero della Salute, il Governo, il Parlamento e le stesse Regioni che li devono applicare. I Lea rappresentano anche una speranza per quel personale, quei professionisti che ogni giorno hanno fatto di tutto per farli rispettare, nonostante le difficoltà di un servizio sanitario concentrato a quanto pare finora più sulla spesa che non sui risultati della sua mission. Quei professionisti che credono ora nelle promesse del ministro Lorenzin che ha annunciato a breve l'operatività dei nuovi.

Nei nuovi Lea gli infermieri ci sono. In modo nuovo rispetto al passato, gettando le premesse per un ulteriore riconoscimento della professione e della professionalità non in modo subalterno, ma assolutamente paritario con altre professioni sanitarie.

C'è infatti il welfare socio-sanitario con livelli progressivi di intensità di cure per l'assistenza prevista. Per l'Adi ai malati cronici non autosufficienti, si passa dal livello base all'alta intensità che corrisponde all'ospedalizzazione domiciliare. Si tratta di prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale. E il Dpcm prevede per l'integrazione sociosanitaria, che le cure domiciliari siano integrate da prestazioni infermieristiche e di assistenza professionale alla persona. Queste, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle Regioni, sono a interamente carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento negli altri casi.

C'è molto e ci sono molte novità, soprattutto sul territorio. Ma in alcuni passaggi ancora sembra esserci un "distacco" anche rispetto ad altri provvedimenti già approvati e in molti punti nevralgici del nuovo panorama dell'assistenza che i Lea disegnano la figura dell'infermiere, che sarebbe propria del singolo intervento, sembra essere dimenticata.

E' il caso delle cronicità, in cui gli infermieri nei Lea sono un livello poco citato, mentre lo sono a pieno titolo e con piene funzionalità nel piano specifico approvato anche dalle Regioni.

E c'è poco sul versante della prevenzione, dove manca tutto ciò che fin dal 1994, nel profilo professionale, è prerogativa dell'infermiere nel momento in cui si afferma che fanno parte delle caratteristiche della professione "le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria".

La revisione dei Lea è un provvedimento necessario e arrivato fin troppo in ritardo rispetto alla prima versione del 2001, che ha dovuto subire integrazioni e modifiche spot legate alle necessità contingenti del Servizio sanitario nazionale. Tuttavia un provvedimento che non arriva ancora alla piena operatività di un sistema in cui la componente principale sono proprio i professionisti che i Lea devono applicare.

In questo modo si va avanti, il progresso c'è, rispetto al passato, ma non nel modo migliore e con il miglior utilizzo delle risorse. Nel modo più appropriato, non solo dal punto di vista clinico, ma anche organizzativo.



Entrando di più nel merito del provvedimento manca il riferimento agli infermieri nel capitolo che riguarda sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali, nonostante sia sotto gli occhi di tutti e risulti evidente nella pratica quotidiana, il ruolo attivo che la nostra professione svolge in questo settore.

Gli infermieri non sono citati nemmeno nel capitolo che riguarda la sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening e la sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

Nel capitolo dell'assistenza distrettuale i Lea prevedono che nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi ed attraverso i medici ed i pediatri convenzionati, la gestione ambulatoriale e domiciliare. In questo ambito è in realtà evidente l'operatività degli infermieri che invece non sono citati. Mentre sarebbe utile che proprio i Lea facessero riferimento, magari sotto forma di sperimentazioni, alla possibilità dell'attivazione nelle Regioni di servizi, ambulatori e reparti a gestione infermieristica, in analogia a quanto già fatto in alcune Regioni come Toscana, Lazio, Lombardia e così via.

L'evidenza dei vantaggi di una simile organizzazione sono evidenti dai risultati ottenuti nelle Regioni che li hanno adottati, mentre il fatto che essi non siano previsti a livello normativo né sia prevista la loro possibile realizzazione, crea problemi come quelli recenti verificati nella Regione Umbria dove il Tar locale ha bocciato le Unità infermieristiche perché non previste in un provvedimento organico di programmazione e non perché a esse mancasse efficienza od operatività.

L'indicazione nei Lea potrebbe risolvere in questo modo numerosi contenziosi anche a livello giuridico e di ricorsi.

Anche in altre voci dell'assistenza distrettuale manca il riferimento agli infermieri:

In particolare ad esempio non sono menzionati in queste prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale:

- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e la sensibilizzazione sulle tematiche attinenti l'adozione di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
- l'informazione ai cittadini sui servizi e le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale e regionale e sul loro corretto uso, incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie ed il regime delle esenzioni;
- l'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari, il *counselling* per la gestione della malattia o della disabilità e la prevenzione delle complicanze;
- l'attivazione di percorsi assistenziali a favore del bambino [...], con particolare riguardo alle patologie ad andamento cronico;
- il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale del bambino e la ricerca di fattori di rischio,[...];
- le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo;



- L'assistenza domiciliare programmata [...], anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa,[...];
- le vaccinazioni obbligatorie e le vaccinazioni raccomandate alla popolazione a rischio;
- l'osservazione e la rilevazione di reazioni indesiderate post-vaccinali.

L'infermiere che opera nelle medicine di gruppo e nel territorio svolge un ruolo fondamentale nella sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, attraverso la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening. E' necessario potenziare il ruolo dell'infermiere nel garantire, assieme al MMG/équipe, interventi preventivi di promozione della salute e delle patologie che riguardano la comunità attraverso l'educazione, l'*empowerment*, l'autocura e il follow-up infermieristico autonomo all'interno di piani di cura condivisi con il MMG/équipe.

Si dovrebbe prevedere presenza dell'infermiere nelle UTAP, nelle medicine di gruppo, nelle Case della Salute, ..., per l'erogazione di interventi preventivi e proattivi di promozione della salute e presa in carico della persona.

Sviluppo di ambulatori infermieristici nei quali vengono fornite oltre all'educazione sanitaria, prestazioni di base e/o specialistiche di prossimità con prescrizione prodotti, dispositivi e farmaci di uso comune e *follow-up* infermieristico autonomo (anche telefonico) all'interno di piani di cura condivisi con il MMG/équipe.

Per quanto riguarda il capitolo dell'emergenza si può pensare di prevedere la diffusione sul territorio nazionale delle esperienze avanzate di Pronto Soccorso territoriale quali l'ambulanza infermieristica, integrativa degli altri mezzi di soccorso, nella quale in situazioni cliniche definite da linee guida /algoritmi prodotti dalla centrale Operativa del 118, gli infermieri, appositamente formati, forniscono soccorso avanzato nel sostegno delle funzioni vitali attraverso l'esecuzione di manovre salvavita e la somministrazione di farmaci.

Un capitolo in cui la figura dell'infermiere potrebbe trovare la sua valorizzazione è anche quello dell'assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate e di quella erogata attraverso i servizi territoriali e ospedalieri.

Nel documento LEA non si fa riferimento alle prestazioni professionali previste dal Decreto 16 dicembre 2010 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011 sull'erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali.

Il Decreto regola l'attività degli operatori sanitari in farmacia. Le attività erogate presso le farmacie e a domicilio del paziente, previste dal Decreto, devono essere effettuate esclusivamente da infermieri e da fisioterapisti, in possesso di titolo abilitante ed iscritti al relativo Collegio professionale laddove esistente. Il farmacista titolare o direttore è tenuto ad accertare, sotto la propria responsabilità, il possesso di tali requisiti.

L'infermiere in farmacia può, anche eventualmente con l'ausilio di altri operatori socio-sanitari che lavorino in farmacia:

- provvedere alla corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;



- offrire supporto alle determinazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo;
- effettuare medicazioni e di cicli iniettivi intramuscolo;
- svolgere attività concernenti l'educazione sanitaria e la partecipazione a programmi di *consulting*, anche personalizzato;
- partecipare ad iniziative finalizzate a favorire l'aderenza dei malati alle terapie.

L'infermiere può inoltre, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, erogare sia all'interno della farmacia, sia a domicilio del paziente, ulteriori prestazioni rientranti fra quelle effettuabili in autonomia secondo il proprio profilo professionale.

Ci sono poi vari altri capitoli in cui potrebbe essere sviluppata e potenziata la figura dell'infermiere.

Queste le possibili integrazioni/soluzioni.

Erogazione di dispositivi medici monouso

Per l'infermiere si può prevedere la possibilità di prescrizione di prodotti e dispositivi da parte degli infermieri che operano nelle UTAP, nelle Medicine di Gruppo integrate e negli ambulatori infermieristici. (es. per la prevenzione il trattamento delle lesioni da decubito).

Percorsi assistenziali integrati

Si può prevedere la diffusione nel territorio nazionale di modelli organizzativo/assistenziali quali il *self management*, il *disease mangement*, il *care management* o il *case management* nei quali l'infermiere riveste un ruolo fondamentale ed è individuato come il responsabile del caso (*care/case manager*) in quanto è il professionista che, in collaborazione con il MMG/team assistenziale, assicura il collegamento tra il paziente, la famiglia/*caregiver* e i diversi Servizi e garantisce la continuità assistenziale nelle diverse fasi della presa in carico e nelle transizioni tra i diversi luoghi di cura, rilevando le situazioni di rischio ed attuando gli interventi educativi finalizzati all'*empowerment*.

Cure domiciliari

E' un capitolo importante per la figura dell'infermiere in cui sarebbe necessaria la diffusione nel territorio nazionale, accanto all'assistenza programmata a domicilio (ADI) da tempo presente nei LEA, dei modelli organizzativo/assistenziali consolidati in alcuni contesti regionali, nei quali gli infermieri con competenze avanzate/specialistiche (infermiere di comunità, l'infermiere di famiglia, l'infermiere *care manager/case manager*,...), forniscono un contributo sostanziale nella presa in carico e gestione integrata dei pazienti e in particolare nella gestione della cronicità.

Nelle Cure Primarie rientrano anche gli Ospedali di Comunità nei quali è indispensabile la presenza dell'infermiere con competenze post base (*care/case manager*).

Analogamente vanno valorizzate le esperienze di degenze territoriali a gestione infermieristica finalizzate alla presa in carico della persona, alla continuità assistenziale e all'integrazione tra i diversi erogatori di servizi sanitari (ospedale, territorio, MMG, ...).

Cure palliative

Tel. 06/46200101

PEC: federazione@ipasvi.legalmaili.it



Gli interventi assistenziali erogati dal team delle Cure Palliative sono rivolte alle persone affette da patologie ad andamento cronico-evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della guarigione o di un prolungamento significativo della vita.

In tale ambito l'infermiere, così come identificato nelle linee guida dell'associazione Europea per le Cure Palliative (EAPC) può trovarsi ad affrontare situazioni che richiedono tre livelli di esposizione professionale che necessitano di competenze diverse:

a) base - infermieri che lavorano in ambito dell'assistenza generale che possono trovarsi ad affrontare situazioni che richiedono un approccio palliativo;

b) avanzato - infermieri qualificati che lavorano in ambito specialistico di cure palliative e che affrontano spesso situazioni di Cure Palliative (Oncologia, assistenza di comunità, pediatria, geriatria);

c) specialistico - infermieri responsabili di Cure palliative o che offrono servizio di consulenza e/o che contribuiscono attivamente alla formazione e alla ricerca in Cure Palliative.

Nelle équipes di cure palliative deve essere presente l'infermiere con competenze avanzate/specialistiche in tale ambito.

Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali

Nell'ambito della salute mentale l'infermiere che opera nei diversi e luoghi di cura della persona con disturbi mentali è un componente cardine nell'équipe multiprofessionale e multidisciplinare. Svolge funzioni in ambito preventivo, di cura, di riabilitazione ed educative/formativa (nei confronti del paziente, dei familiari e del contesto sociale).

Opera in diversi contesti sia ospedalieri sia territoriali e si confronta con situazioni caratterizzate da complessità variabile che richiedono anche la presenza di infermieri con formazione post base.

Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità e con dipendenze patologiche

Presenza nel team assistenziale di infermieri con formazione post base per la gestione aspetti educativi, terapeutico/assistenziali e riabilitativi.

Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario

Presenza nel team assistenziale di infermieri con formazione post base nell'assistenza a persone che richiedono un elevato impegno assistenziale quali le persone in Stato Vegetativo Permanente (post anossico, post traumatico), o a minima responsività, clinicamente stabilizzati con rischio di complicanze che richiedono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria e assistenziale, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, alimentazione), quali ad esempio persone in Stato Vegetativo Permanente (post anossico, post traumatico), o a minima responsività, clinicamente stabilizzati con rischio di complicanze, persone con gravi insufficienze respiratorie, persone affette da malattie neurodegenerative progressive, ecc.



Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti

Presenza nel team assistenziale di infermieri con formazione post base nella gestione delle persone non autosufficienti.

Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita

Nel team assistenziale presenza di infermieri con formazione post base in cure palliative e nell'accompagnamento della persona al fine vita.

Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone con disabilità

Presenza nel team assistenziale di infermieri con formazione post base per la gestione degli aspetti preventivi, educativi e terapeutico/assistenziali.

Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche

Presenza nel team assistenziale di infermieri con formazione post base per la gestione aspetti preventivi, educativi e terapeutico/assistenziali.

Assistenza ospedaliera

Per quanto riguarda il capitolo dell'assistenza ospedaliera, con particolare riferimento alle urgenze, la prima cosa sarebbe quella di prevedere la diffusione dei modelli di SEE AND TREAT e FAST TRACK.

La funzione dell'infermiere triagista è da tempo consolidata; in Toscana e in alcune altre esperienze italiane è presente il di See and Treat quale modello di risposta assistenziale alle urgenze minori con il quale si affida ad un infermiere esperto e opportunamente formato, che opera nel rispetto di protocolli clinico assistenziali, la possibilità di gestire, secondo criteri di appropriatezza, una parte di problematiche minori in PS concentrando le risorse mediche su casi a maggior complessità clinica.

Nell'ambito di un TRIAGE GLOBALE il SEE and TREAT insieme al percorso di attivazione FAST TRACK, è una delle possibili risorse attivabili dal triagista per risolvere la richiesta del paziente.

Per quanto riguarda l'assistenza al paziente acuto Sviluppo di Unità di Degenza a direzione/gestione infermieristica.

Inserimento nelle unità di degenza ospedaliere di infermieri con formazione post base quali manager di piattaforma (gruppi operatori, *week surgery, bed manager*), di manager di percorso (*case manager, care manager, discharge manager, research manager e risk manager*).

A completamento e supporto della valorizzazione e sviluppo dell'infermiere, va considerata la necessità di valorizzare anche le competenze del coordinatore infermieristico che opera nei diversi contesti ed è coinvolto in prima persona nel favorire e sostenere i cambiamenti organizzativi necessari all'implementazione di nuovi modelli proposti.



In conclusione, i Lea possono rappresentare l'opportunità di favorire l'introduzione nelle Regioni di nuovi modelli di assistenza in cui, come tutte le analisi nazionali e internazionali attuali sottolineano, l'infermiere assume un ruolo di case e care manager dell'assistenza in team e stretta connessione con le altre figure, ognuno secondo la propria professionalità e le proprie responsabilità e soprattutto in modo coordinato e armonico rispetto ai bisogni di salute reali e alle esigenze dei cittadini.

La Presidente

Barbara Mangiacavalli

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Barbara Mangiacavalli', written over the printed name.

Tabella riepilogativa

ART.	TITOLO E BREVE COMMENTO	AMBITI DI SVILUPPO/VALORIZZAZIONE DELL'INFERMIERE
Art. 2	<p>Prevenzione collettiva e sanità pubblica: <i>L'infermiere che opera nelle medicine di gruppo e nel territorio svolge un ruolo fondamentale nella sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, attraverso la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening.</i></p>	<p>Consolidamento del ruolo dell'infermiere nel garantire, assieme al MMG/équipe, interventi preventivi di promozione della salute e delle patologie che riguardano la comunità attraverso l'educazione, l'<i>empowerment</i>, l'autocura e il <i>follow-up</i> infermieristico autonomo all'interno di piani di cura condivisi con il MMG/équipe.</p>
Art. 4	<p>Assistenza sanitaria di base <i>L'OMS Europa, nel documento "Salute 21" del '98, propone un nuovo ruolo, quello dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, quale consulente specialista-generalista con formazione post base, in grado di agire soprattutto a livello preventivo attraverso la valutazione e la gestione integrata dei bisogni di salute di un gruppo di cittadini a lui assegnato, in stretta collaborazione con il Medico di Medicina Generale (MMG).</i></p> <p><u>Accordo Stato Regioni 10 Luglio 2014 (Patto per la Salute), art. 5, punto 15</u> <i>« Per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normative/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo».</i></p> <p><u>Art. 22 Comma 1</u> – <i>Gestione e sviluppo delle risorse umane cita: "al fine di garantire la nuova organizzazione dei servizi sanitari regionali, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera, ai servizi territoriali e le relative forme di integrazione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità e dalla non autosufficienza e di garantire un collegamento alla più ampia riforma della Pubblica amministrazione, si conviene sulla necessità di valorizzare le risorse umane del servizio Sanitario Nazionale e di favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi, è...]</i></p>	<p>Presenza dell'infermiere nelle UTAP, nelle medicine di gruppo, nelle Case della Salute, ecc. per l'erogazione di interventi preventivi e proattivi di promozione della salute e presa in carico della persona.</p> <p>Sviluppo di ambulatori infermieristici nei quali vengono fornite oltre all'educazione sanitaria, prestazioni di base e/o specialistiche di prossimità con prescrizione prodotti, dispositivi e farmaci di uso comune e follow-up infermieristico autonomo (anche telefonico) all'interno di piani di cura condivisi con il MMG/équipe.</p>
Art. 7	<p>Emergenza sanitaria territoriale In alcune regioni italiane sono presenti le ambulanze infermieristiche, integrative degli altri mezzi di soccorso, nella quale in situazioni cliniche definite da linee guida /algoritmi prodotti dalla centrale Operativa del 118, gli infermieri, appositamente formati, forniscono soccorso avanzato nel sostegno delle funzioni vitali attraverso l'esecuzione di manovre salvavita e la somministrazione di farmaci.</p>	<p>Diffusione nel territorio nazionale delle esperienze avanzate di Pronto Soccorso territoriale.</p>
Art. 11	<p>Erogazione di dispositivi medici monouso</p>	<p>Prescrizione di prodotti e dispositivi da parte degli infermieri che operano nelle UTAP, nelle Medicine di Gruppo integrate e negli ambulatori infermieristici. (es. per la prevenzione il trattamento delle lesioni da decubito).</p>

ART.	TITOLO e breve commento	AMBITI DI SVILUPPO/VALORIZZAZIONE DELL'INFERMIERE
Art. 21	<p>Percorsi assistenziali integrati <i>L'infermiere riveste un ruolo fondamentale ed è individuato come il responsabile del caso (care/case manager) in quanto è il professionista che, in collaborazione con il MMG/team assistenziale, assicura il collegamento tra il paziente, la famiglia/caregiver e i diversi Servizi e garantisce la continuità assistenziale nelle diverse fasi della presa in carico e nelle transizioni tra i diversi luoghi di cura, rilevando le situazioni di rischio ed attuando gli interventi educativi finalizzati all'empowerment.</i></p>	<p>Diffusione nel territorio nazionale di modelli organizzativo/assistenziali quali il <i>self management</i>, il <i>disease management</i>, il <i>care management</i> o il <i>case management</i>.</p>
Art. 22	<p>Cure Domiciliari <i>Nei nuovi modelli assistenziali, gli infermieri con competenze avanzate/specialistiche (infermiere di comunità, l'infermiere di famiglia, l'infermiere care manager/case manager,...), forniscono un contributo sostanziale nella presa in carico e gestione integrata dei pazienti e in particolare nella gestione della cronicità. Nelle Cure Primarie rientrano anche gli Ospedali di Comunità nei quali è indispensabile la presenza dell'infermiere con competenze avanzate/specialistiche (care/case manager). Le degenze territoriali a gestione infermieristica, sono finalizzate alla presa in carico della persona, alla continuità assistenziale e all'integrazione tra i diversi erogatori di servizi sanitari (ospedale, territorio, MMG, ...).</i></p>	<p>Diffusione nel territorio nazionale, accanto all'assistenza programmata a domicilio (AD) dei modelli organizzativo/assistenziali già consolidati in alcuni contesti regionali.</p> <p>Valorizzazione e diffusione delle esperienze di degenze territoriali a gestione infermieristica</p>
Art. 23	<p>Cure Palliative <i>Gli interventi assistenziali erogati dal team delle Cure Palliative sono rivolti alle persone affette da patologie ad andamento cronico-evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della guarigione o di un prolungamento significativo della vita. In tale ambito l'infermiere, così come identificato nelle linee guida dell'associazione Europea per le Cure Palliative (EAPC) può trovarsi ad affrontare situazioni che richiedono tre livelli di esposizione professionale che necessitano di competenze diverse:</i></p> <p>a) <i>base - infermieri che lavorano in ambito dell'assistenza generale che possono trovarsi ad affrontare situazioni che richiedono un approccio palliativo;</i></p> <p>b) <i>avanzato - infermieri qualificati che lavorano in ambito specialistico di cure palliative e che affrontano spesso situazioni di Cure Palliative (Oncologia, assistenza di comunità, pediatria, geriatria);</i></p> <p>c) <i>specialistico - infermieri responsabili di Cure palliative o che offrono servizio di consulenza e/o che contribuiscono attivamente alla formazione e alla ricerca in Cure Palliative.</i></p> <p>Assistenza socio-sanitaria residenziale alle persona nella fase terminale della vita.</p>	<p>Presenza nel team assistenziale di infermieri con formazione post base in cure palliative e nell'accompagnamento della persona al fine vita.</p>
Art. 31		

ART.	TITOLO e breve commento	AMBITI DI SVILUPPO/VALORIZZAZIONE DELL'INFERMIERE
Art. 25 e Art. 32	Assistenza socioassistenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico	Presenza nel team assistenziale di infermieri con formazione post base per la gestione degli aspetti preventivi, educativi e terapeutico/assistenziali.
Art. 26 e Art. 33	Assistenza socioassistenziale e semiresidenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico Assistenza socioassistenziale alle persone con disturbi mentali <i>Nell'ambito della salute mentale l'infermiere che opera nei diversi e luoghi di cura della persona con disturbi mentali è un componente cardine nell'equipe multiprofessionale e multidisciplinare. Svolge funzioni in ambito preventivo, di cura, di riabilitazione ed educative/formative (nei confronti del paziente, dei familiari e del contesto sociale). Opera in diversi contesti sia ospedalieri sia territoriali e si confronta con situazioni caratterizzate da complessità variabile che richiedono anche la presenza di infermieri con formazione post base.</i>	Presenza nel team assistenziale di infermieri con formazione post base per la gestione degli aspetti preventivi, educativi, terapeutico/assistenziali e riabilitativi.
Art. 27 e Art. 34	Assistenza socioassistenziale e semiresidenziale alle persone con disturbi mentali Assistenza socioassistenziale alle persone con disabilità	Presenza nel team assistenziale di infermieri con formazione post base per la gestione aspetti educativi, terapeutico/assistenziali e riabilitativi.
Art. 28 e Art. 35	Assistenza socioassistenziale alle persone con dipendenze patologiche Assistenza socioassistenziale e semiresidenziale alle persone dipendenze patologiche	Presenza nel team assistenziale di infermieri con formazione post base per la gestione aspetti preventivi, educativi e terapeutico/assistenziali.
Art. 29	Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario <i>In queste strutture sono presenti persone che richiedono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria e assistenziale, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, alimentazione), quali ad esempio persone in Stato Vegetativo Permanente (post anossico, post traumatico), o a minima responsività, clinicamente stabilizzati con rischio di complicanze persone con gravi insufficienze respiratorie, persone affetti da malattie neurodegenerative progressive, ecc..</i>	Presenza nel team assistenziale di infermieri con formazione post base nell'assistenza a persone che richiedono un elevato impegno assistenziale.
Art. 30	Assistenza socioassistenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti	Presenza nel team assistenziale di infermieri con formazione post base nella gestione delle persone non autosufficienti.

ART.	TITOLO e breve commento	AMBITI DI SVILUPPO/VALORIZZAZIONE DELL'INFERMIERE
Art.37	<p>Pronto soccorso <i>La funzione dell'infermiere triagista è da tempo consolidata; in Toscana e in alcune altre esperienze italiane è presente il di See and Treat quale modello di risposta assistenziale alle urgenze minori con il quale si affida ad un infermiere esperto e opportunamente formato, che opera nel rispetto di protocolli clinico assistenziali, la possibilità di gestire, secondo criteri di appropriatezza, una parte di problematiche minori in PS concentrando le risorse mediche su casi a maggior complessità clinica.</i> <i>Nell'ambito di un TRIAGE GLOBALE il SEE and TREAT insieme al percorso di attivazione FAST TRACK, è una delle possibili risorse attivabili dal triagista per risolvere la richiesta del paziente.</i></p>	<p>Diffusione dei modelli di SEE AND TREAT e FAST TRACK.</p>
Art. 38	<p>Ricovero ordinario per acuti <i>Le Unità di Degenza a direzione/gestione infermieristica che accolgono i pazienti in fase post-acuta, provenienti di norma da altre unità operative a carattere prevalentemente internistico, che hanno terminato l'inquadramento diagnostico, hanno un piano terapeutico definito e condizioni cliniche stabili, ma necessitano di assistenza prevalentemente infermieristica, finalizzata al completamento del percorso assistenziale, in attesa della presa in carico al proprio domicilio, anche attraverso l'assistenza domiciliare integrata dei servizi territoriali o il trasferimento nelle strutture residenziali.</i> <i>Tali modelli organizzativi consentono il miglioramento degli indicatori di performance ospedaliera e l'utilizzazione appropriata dei setting assistenziali, liberando risorse in termini di "posti letto" per l'accoglimento e la gestione dei nuovi casi acuti".</i></p>	<p>Sviluppo di Unità di Degenza a direzione/gestione infermieristica.</p> <p>Inserimento nelle unità di degenza ospedaliere di infermieri con formazione post base quali manager di piattaforma (gruppi operatori, week surgery, bed manager), di manager di percorso (case manager, care manager, discharge manager, research manager e risk manager).</p>
<p><i>A completamento e supporto della valorizzazione e sviluppo dell'infermiere, va considerata la necessità di valorizzare anche le competenze del coordinatore infermieristico che opera nei diversi contesti ed è coinvolto in prima persona nel favorire e sostenere i cambiamenti organizzativi necessari all'implementazione di nuovi modelli proposti.</i></p>		