



EVOLUZIONE DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE

Indice del Documento

Parte prima

Premessa

La FNC Ipasvi

La Proposta

- L'asse della clinica
- L'asse della gestione
- I livelli formativi
- I livelli di approfondimento delle competenze cliniche

Schemi

- *Schema 1: Esempificazione dei livelli formativi*
- *Schema 2: Esempio di utilizzo dei livelli professionali in area chirurgica*
- *Schema 3: Esempio di organigramma*

Parte seconda

Alcune annotazioni sulle scelte definitorie e metodologiche adottate per la stesura del documento quadro sull'evoluzione delle competenze infermieristiche

- Sul concetto di competenza e sulla sua descrivibilità
- Sul rapporto tra competenza esperta e avanzata
- Sul modello delle competenze ISFOL
- Sui riferimenti utilizzati dal gruppo
- Sull'utilizzo del termine "approfondimento" ed "espansione" delle competenze

Allegato

Gruppo infermieri esperti nella formazione infermieristica e gestione e organizzazione dei processi assistenziali nelle strutture sanitarie

EVOLUZIONE DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE

Documento approvato dal Comitato Centrale della FNC Ipasvi 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 croniche 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 i sistemi a rete e il lavoro in squadra.

La FNC Ipasvi

In coerenza con i disposti del DM 739/94 e della legge 43/06 la FNC Ipasvi 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 cure e dai modelli di intensità assistenziale ".

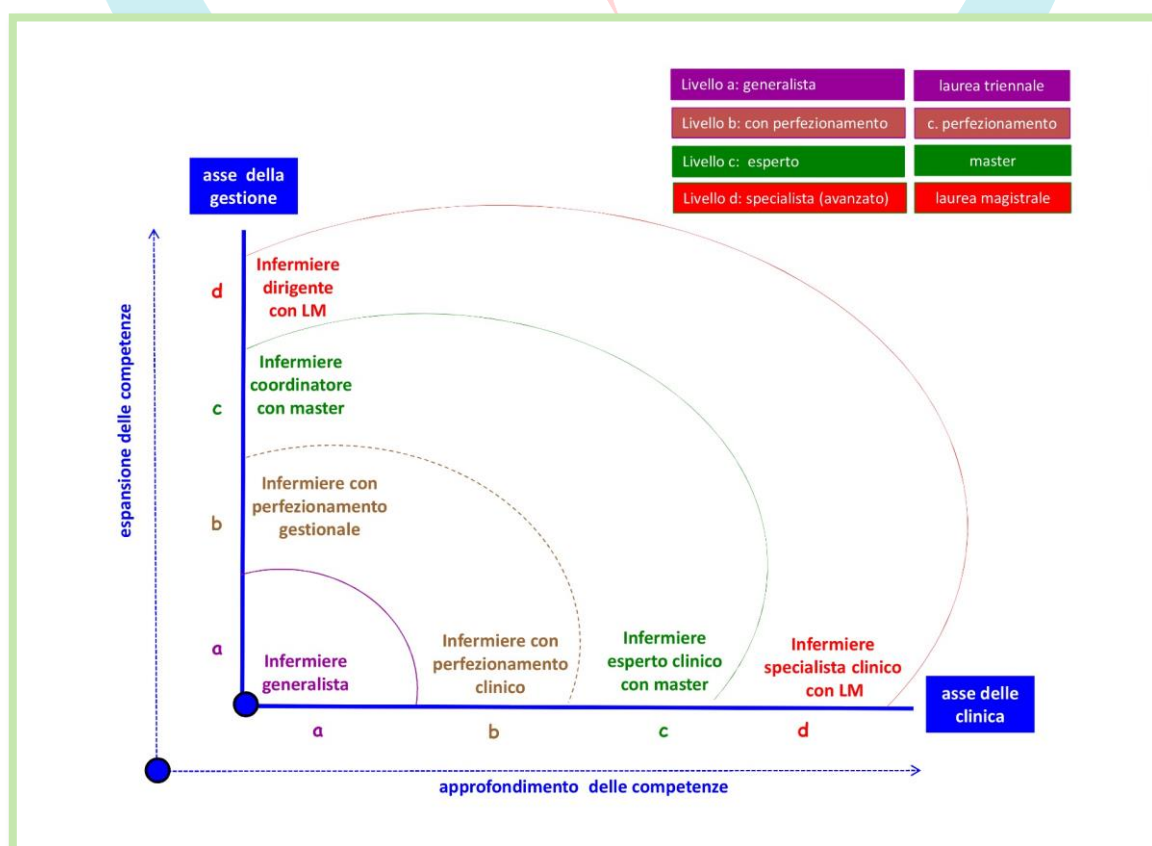
La Proposta

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 irrobustimento 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 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 necessarie 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).

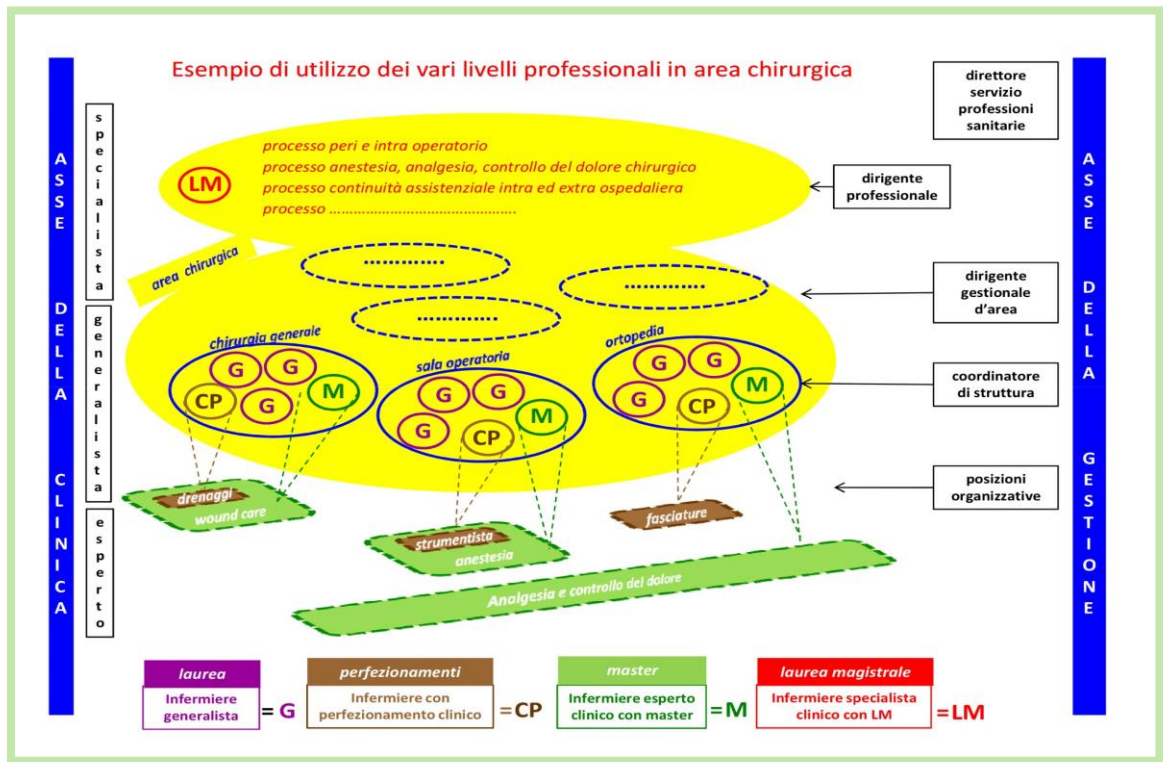
– **Infermiere coordinatore con master (livello c)**

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.

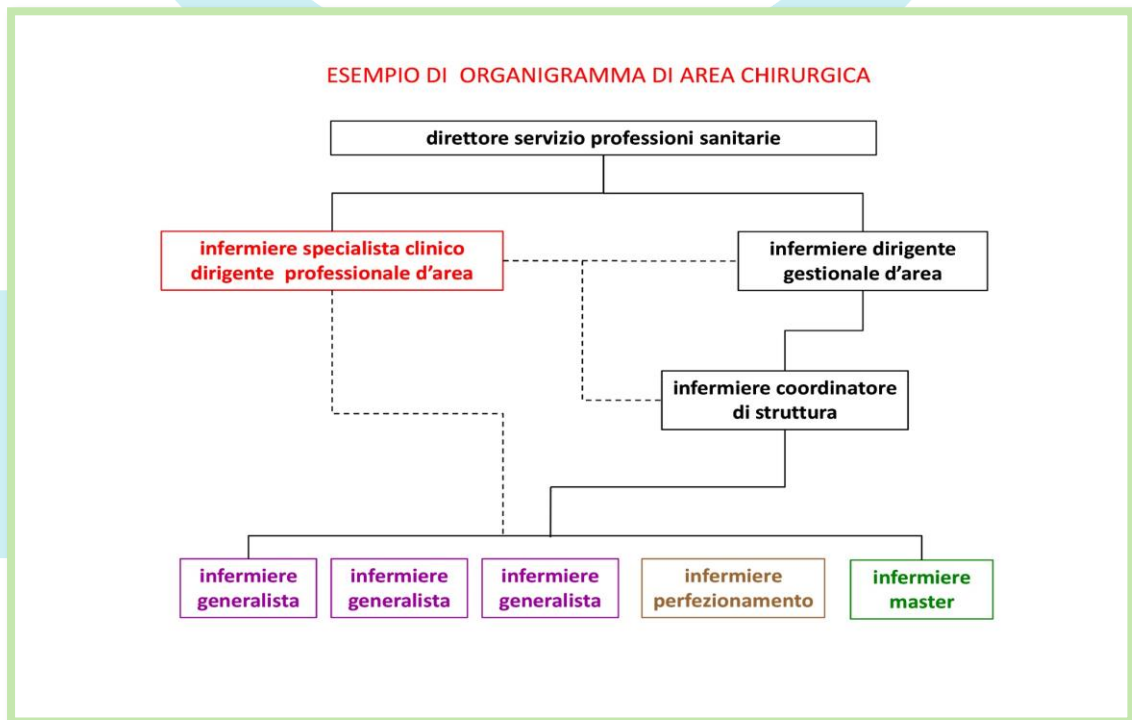
– **Infermiere dirigente con laurea magistrale (livello d)**

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 e formativo e di rivedere 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 Ipasvi, 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. Klemp nel 1980¹, ripresa da R.E. Boyatzis², successivamente riformulata più compiutamente da L. M. Spencer e S. M. Spencer³ e, infine, utilizzata da W. Levati e M.V. Saraò nel loro testo più famoso⁴: *“per competenza intendiamo una caratteristica intrinseca individuale, causalmente collegata a una performance efficace e/o superiore in una mansione o in una situazione e valutabile sulla base di un criterio stabilito”*. Gli autori concepiscono la competenza come il prodotto dell'interazione di alcune componenti, di cui tre⁵ "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 .”⁶

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

¹ Klemp G.O., *The assessment of occupational competence, report to the National Institute of Education, 1980*

² Boyatzis R. E., *The competent manager: a model for effective performance*, Wiley & Sons, New York, 1982.

³ Spencer L. M., Spencer S. M., *Competenza nel lavoro, modelli per una performance superiore*, FrancoAngeli, Milano, 1993

⁴ W. Levati , M. V. Saraò, *Il modello delle competenze. Un contributo originale per la definizione di un nuovo approccio all'individuo e all'organizzazione nella gestione e nello sviluppo delle risorse umane*, FrancoAngeli, Milano, 2003

⁵ Gli autori considerano anche altri elementi che influiscono sulla competenza (attitudini, motivazioni e contesto) che, però, ai fini del presente lavoro non sono prioritari.

⁶ Blandino G., *Le capacità relazionali, prospettive psicodinamiche*, Utet, Torino, 1996, 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 riportata, 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 *“atteso”* 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. E’ 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 reinvestire le proprie competenze in un altro contesto”*⁷.

In ogni caso, pur nella consapevolezza dei limiti di tale operazione, essa è assolutamente necessaria 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 pregresse 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 pregresse, ma anche identificando, progettando, negoziando e realizzando, anche in termini multiprofessionali, nuove strategie operative, quando quelle disponibili non sono sufficienti o convincenti.

⁷ Le Boterf G., *Costruire le competenze individuali e collettive*, Guida editore, Napoli, 2008 – p. 95

La competenza avanzata⁸ 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 infermieristico⁹. 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 Ipasvi 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, peculiarmente ai sistemi produttivi¹⁰ 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'Isfol¹¹ 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

⁸ Oberle K.; Allen M., "The nature of advanced practice nursing", Vol.49, number 3; Nursing outlook, 2001

⁹ Vedi "Speciale competenze" in L'infermiere 4/2007 p. 1-40

¹⁰ In una pubblicazione del 1997 si presentano cinque ambiti professionali: settore turistico alberghiero comparto ristorativo ricettivo; qualità nell'industria; settore metalmeccanico, automazione industriale, produzione; amministrazione, finanza e controllo; automazione d'ufficio.

¹¹ ISFOL (1998), *Unità Capitalizzabili e crediti formativi. Metodologie e strumenti di lavoro*, a cura di G. Di Francesco, Franco Angeli

inserirsi o reinserirsi 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 Isfol, 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 Benner¹² che applica all'infermieristica il modello Dreyfuss sull'acquisizione delle capacità. Nei confronti delle competenze professionali enucleate 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 o 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

¹² Benner P, "L' eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza" , McGraw-Hill, Milano, 2003.

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"¹³ nel quale le competenze vengono organizzate in alcune aree funzionali.

Sia il lavoro di Benner 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 (Benner, 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 delineare 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 (ascisse) e quello di "espansione delle competenze" nell'asse della gestione (ordinate).

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 gestione dei lavoratori all'interno di specifici ambiti produttivi, ma unicamente raggiungere l'obiettivo di facilitare "professionalmente" la lettura dello schema stesso.

¹³ Loknoff, J. et al., 2010. *Tuning educational Structures in Europe 2010. A Tuning guide to formulation degree programme profiles, including programme competences and programme learning outcomes*, Bilbao: Universidad de Bilbao.

Allegato 1

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

Sen. Annalisa Silvestro

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

Rosaria Alvaro

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

Stefania Di Mauro

Professore Associato in Scienze Infermieristiche
Presidente Consiglio di Coordinamento Didattico Laurea in Infermieristica, Laurea in Ostetricia, 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 Marmo

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 Piccola Casa della Divina Provvidenza - Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo di Torino.

Beatrice Mazzoleni

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 Ipasvi

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 Rasero

Professore associato in Scienze infermieristiche Università degli studi di Firenze
Presidente cdl 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