

Il Profilo di Posto dell'infermiere di Cardiologia/UTIC in una realtà Piemontese: le competenze infermieristiche e le competenze infermieristiche avanzate di un infermiere in area critica.

La Dott.ssa Paola Barroero in collaborazione con la Dott.ssa Sabrina Panebianco dipendente ASL CN 2 Alba-Bra hanno deciso di mappare il Profilo di Posto dell'infermiere di Cardiologia - Utic in una realtà Piemontese cercando di far emergere le competenze e le competenze avanzate richieste al professionista infermiere che esercita la professione in area critica.

INTRODUZIONE.

Negli ultimi decenni abbiamo assistito a profonde mutazioni all'interno del panorama sanitario e tutto ciò è avvenuto di pari passo con l'evoluzione della professione infermieristica.¹

Le professioni sanitarie non mediche svolgono un ruolo cruciale per il funzionamento delle aziende sanitarie, grazie a professionisti che contribuiscono al benessere sociale,

¹ Menghini A., Vacca D. *L'infermiere nell'emergenza extra ospedaliera* [internet]. UO Pronto Soccorso Ospedale Belcolle Viterbo. 2002 Dec 17 (visitato il 20/12/2016). Disponibile da: <http://nfs.unipv.it/nfs/minf/dispense/LSinfost/Infermiere%20nell'emergenza%20intra%20ed%20extraospedaliera.pdf>

mantenendosi responsabilmente a buoni livelli di competenza.²

Il termine competenza è quasi diventato un *slogan*, ma, per non perdere la ricchezza della riflessione che si è prodotta intorno a questo concetto, si ritiene opportuno sottolineare che la lingua parlata rimanda ai concetti di abilità, capacità sia per cultura che per esperienza.

La competenza comporta il saper integrare conoscenze e capacità e saperle mettere in opera.³

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, il prodotto dell’interazione di alcune componenti, di cui tre “*core*”: le capacità, le conoscenze, le esperienze finalizzate.⁴

Una delle fondamentali pubblicazioni infermieristiche su questo tema è indubbiamente quella di Patricia Benner la quale si è ispirata ai lavori di H. Dreyfus e S.E. Dreyfus che propongono 5 stadi di sviluppo dell’*expertise* in una determinata pratica: *novice, advanced beginner, competent, proficient* e *expert*.⁵ L’ultimo stadio è caratterizzato dal fatto che la

2 Sponton A., Zoppini L., Iadeluca A., Angeli C., Caldarulo T. *Mappare le competenze infermieristiche per lo sviluppo organizzativo: utilizzo della Nursing Competence Scale* [internet]. Azienda Ospedaliera di Garbagnate Milanese. 2013 apr 29 (visitato il 01/03/2016). Disponibile da: <http://www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/392/mappare-le-competenze-infermieristiche-per-lo-sviluppo-organizza/articolo>

3 Gamberoni L., Lotti A., Marmo G., Rocco G., Rotondi p. Sasso L. Tousijn W. *L’infermiere laureato specialista/magistrale: il progetto formativo*. Milano Mc Graw Hill

4 Levati W., Sarao M.V. *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*. Franco Angeli. Milano. 2003:14

5 Benner P. trad. Calamndrei C., Rasero L. *L’eccellenza nella pratica clinica dell’infermiere*. McGraw-Hill, I Ed. 2003

persona non è vincolata alle regole, ma è comunque in grado di prendere decisioni sulla base di rapidi e consapevoli calcoli di ciò che quella determinata situazione richiede. Sebbene la traduzione italiana potrebbe utilizzare la parola “esperto” è da sottolineare come il significato appropriato attribuibile a tale livello rimanda molto più chiaramente al concetto di “competenza avanzata”. Ma il professionista infermiere con competenze avanzate chi è? La competenza avanzata si riferisce alla capacità di un soggetto già esperto di agire nei confronti di un problema, non solo utilizzando in modo produttivo le proprie esperienze pregresse, ma progettando, negoziando e realizzando nuove soluzioni.⁶ L’esperto si pone di fronte al problema con buona capacità di inquadramento della situazione da affrontare, il competente avanzato attiva e sviluppa due capacità: una in rapporto alla comprensione del problema, l’altra alla sua soluzione.⁷ Quindi per divenire un professionista con competenza avanzata è essenziale un’estensione della competenza esperta attraverso lo sviluppo di una robusta e ampia base teorica accompagnata da un’esperienza pratica, un’approfondita riflessione sull’infermieristica nel suo insieme e una trasformazione personale che conduce a una pratica anch’essa trasformativa. Il bisogno di acquisire competenze avanzate è sempre stato presente a prescindere dalla disponibilità di un’offerta formativa in termini di corsi avanzati (master, le vecchie “specializzazioni”, corsi di perfezionamento) e la professione infermieristica ha una storia di competenze acquisite

6 Gamberoni L., Lotti A., Marmo G., Rocco G., Rotondi P., Sasso L., Tousijn W. *L'infermiere laureato specialista/magistrale: il progetto formativo*. Milano Mc Graw Hill

7 Bonometti R.J., Tang J. *A dynamic technique for conducting online survey-based research*. Competiveness review, 2006; 16(2):97-105

sia sul campo con l'esperienza e l'esposizione a casistiche, che ottenute frequentando percorsi di formazione post-base.⁸

È subito da precisare che lo sviluppo della capacità innovativa propria del professionista con competenza avanzata non si può concludere con un ciclo formativo di master o laurea magistrale, ma deve essere il frutto di un processo di maturazione graduale e complessiva del soggetto spinto alla ricerca (teoria- pratica- concettualizzazione della pratica).⁹

La Federazione IPASVI ha presentato a luglio 2015 il suo progetto, elaborato da un gruppo di infermieri esperti, che si richiama al Patto per la salute e ai contenuti della bozza di accordo tra Governo e Regioni sulle competenze specialistiche dell'infermiere.

Nel modello sono posizionati su due assi i livelli di competenza che l'infermiere acquisisce attraverso specifici percorsi formativi: il primo asse riguarda l'ambito clinico, che rappresenta la linea del governo dei processi assistenziali e quello della gestione; il secondo asse rappresenta il governo dei processi organizzativi e delle risorse.¹⁰

Il primo livello corrisponde all'infermiere generalista, "cuore" del sistema, in possesso di laurea triennale, che rappresenta, in ogni caso, la matrice "core" della competenza da cui

8 Saiani L., Dimonte V., Palese A., Chiari P., Laquintana D., Tognoni G., Di Giulio P. *Il dibattito sullo sviluppo di competenze specialistiche/avanzate degli infermieri* [internet]. ASSIST INFERM RIC 2016; 35: 116-121 (visitato il 09/05/2017). Disponibile da: http://www.air-online.it/bvs.clas.cineca.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=2438&id=25568

9 Gamberoni L., Lotti A., Marmo G., Rocco G., Rotondi P., Sasso L., Tousijn W. *L'infermiere laureato specialista/magistrale: il progetto formativo*. Milano Mc Graw Hill

10 Caruso R., Pittella F., Ghizzardi G., Cesari L., Zaghini F., Destrebecq A.L.L., Sili A. *Che cosa ostacola l'implementazione di competenze specifiche per l'infermiere? La prospettiva degli infermieri clinici: uno studio esplorativo e descrittivo*. Disponibile da: <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-32-articolo-372.htm>

originano i successivi livelli di approfondimento o di espansione.

C'è poi l'infermiere con perfezionamento clinico o gestionale, che ha seguito un corso di perfezionamento universitario che lo ha messo in grado di sviluppare le sue competenze avanzate applicate a un'area tecnico operativa molto specifica.

Il terzo livello è quello dell'infermiere esperto clinico o coordinatore con master, formato con un master universitario di primo livello, in grado di approfondire le sue competenze in un settore particolare dell'assistenza infermieristica ed esperto di parti di processo assistenziale, di peculiari pratiche assistenziali settoriali o con capacità di governo dei processi organizzativi e di risorse in unità organizzative.

Infine, al quarto e più avanzato livello c'è l'infermiere specialista con laurea magistrale, formato con Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche con orientamento clinico o gestionale/formativo.¹¹

Oggi l'organizzazione chiede di adeguare lo sviluppo di tali competenze al contesto clinico attuale, dove l'assistenza infermieristica, sempre più complessa, deve rimodulare processi e modelli organizzativi con i quali i professionisti soddisfano i bisogni assistenziali.¹²

La letteratura infermieristica dimostra numerose evidenze nella relazione tra competenze infermieristiche avanzate e risultati professionali. Nel 2010 è stata condotta un'indagine in

¹¹ Mangiacavalli B. *Competenze avanzate degli infermieri: ecco il modello dell'Ipasvi* [internet] (visitato il 09/05/2017). Disponibile da: <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-27-articolo-310.htm>

¹² Cowan D.T., Norman I., Coopamah V.P. *Competence in nursing practice: a controversial concept. A focused review of literature*. *Accid Emerg Nurs*. 2007 Jan; 15(1):20-6. PMID 17276294

32 diversi paesi che ha dimostrato ancora una grande differenza nelle definizioni, di interventi di formazione e modelli.¹³ Nonostante questo, è dimostrato il valore aggiunto delle competenze infermieristiche avanzate con un miglioramento degli esiti clinici nelle patologie croniche e nei pazienti critici. Il percorso di dimissione risulta migliorato con una riduzione dei costi di gestione.¹⁴⁻¹⁵

Per realizzare ed implementare il ruolo dell'infermiere specialista a livello internazionale sarebbe, innanzi tutto, necessario ottenere un'omogeneità sulla pratica infermieristica avanzata, sulle sue definizioni e sugli approcci normativi riguardanti la professione.¹⁶⁻¹⁷

La competenza infermieristica avanzata ha dimostrato avere effetti positivi, principalmente, su cinque dimensioni riguardanti aspetti organizzativi o percorsi clinici: esiti di salute, qualità della vita e funzionalità, soddisfazione del paziente, aderenza ai trattamenti e capacità di autocura e il corretto ed appropriato utilizzo dei servizi sanitari.¹⁸

13 Pulcini J., Jelic M., Gul R et al. *An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation*. Journal of Nursing Scholarship. 2010 Mar; 42(1): 31-9. PMID:20487184

14 Del Barrio-Linares M. *Competencies and professional profile of the advanced practice nurse*. Enferm Intensiva. 2014 Apr-Jun; 25(2):52-7. doi: 10.2016/j.enfi.2013.11.005. Review. Spanish. PMID: 24370471

15 Fairley D., Closs S.J. *Evaluation of a nurse consultant's clinical activities and the search for patient outcomes in critical care*. Journal of Clinical Nursing. 2006 Sep; 15(9): 1106-1415, 1106-1114. PMID: 16911051

16 Dowling M., Beauchesne M., Farrelly F et al. *Advanced practice nursing: a concept analysis*. International Journal of Nursing Practice. 2013 Apr; 19(2): 131-40. PMID: 23577970

17 Vivar C.G., Pardavila Belio M.I., Del Barrio Linares M., Canga Armayor N. *Advanced nursing practice: development of an emerging model*. Rev Enferm. 2013 Oct; 36(10): 28-34. Review. Spanish. PMID: 24354130

18 Sutherland D.I., Hayter M. *Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases*. J Clin-Nurs 2009; 18: 2978-92

Nell'ambito dell'educazione terapeutica e di promozione della salute è stato evidenziato un miglioramento nella salute e nel benessere nei pazienti che vengono gestiti da infermieri consulenti, in quanto, questi professionisti possono avere più tempo per migliorare la comprensione e l'apprendimento degli utenti; inoltre in questo ambito è possibile anche la valutazione dell'educazione terapeutica erogata nel *follow up*.¹⁹

Negli Stati Uniti, dove vi è un numero di medici inferiore rispetto al contesto italiano, l'avanzamento delle competenze infermieristiche sta avvenendo in modo costante.²⁰ Le *Registered Nurses*, infermiere esperte e formate che, con il superamento di specifici esami, sono ufficialmente qualificate per svolgere tutte le attività infermieristiche, ricoprono ruoli importanti nell'ambito delle cure primarie (malattie croniche, educazione terapeutica, gestione della terapia in base a protocolli concordati con il medico), coordinamento dell'équipe multidisciplinare per la gestione dei casi complessi, coordinamento dell'assistenza tra i servizi soprattutto nell'ambito ospedale-territorio con l'ottenimento di risultati eccellenti.²¹⁻²²

19 Van Dillen S.M., Hiddink G.J. *To what extent do primary care practice nurses act as case managers lifestyle counselling regarding weight management? A systematic review* BMC Fam Pract 2014 Dec 10; 15: 197

20 Bodenheimer T., Bauer L. *Rethinking the primary care workforce – an expanded role for nurses*. N Engl J Med 2016; 375: 1015-7

21 Bodenheimer T., Bauer L., Olayiwola J.N., Syer S. *RN role reimagined: how empowering registered nurses can improve primary care* [internet]. California Health Care Foundation, 2015 (visitato il 10/05/2017). Disponibile da: <http://www.chcf.org/publications/2015/08/rn-role-reimagined>

22 Denver E.A., Barnard M., Woolfson R.G. Earle K.A. *Management of uncontrolled hypertension in a nurse-led clinic compared with conventional care for patients with type 2 diabetes*. Diabetes care 2003; 26: 2256-60

Nel contesto italiano, invece, l'attenzione si concentra sulla mancanza di chiarezza sulla definizione di competenza avanzata, ulteriormente complicata dalla mancanza di un riconoscimento formale, contrattuale ed economico.²³

In letteratura sono stati individuati i principali fattori favorenti ed ostacolanti l'implementazione della competenza infermieristica avanzata.

I fattori favorenti l'implementazione della competenza infermieristica avanzata nelle aziende ospedaliere sono: chiarire la tracciabilità/*accountability* dell'attività infermieristica, la collaborazione ed implementazione del lavoro di équipe, l'istituzione del ruolo di Infermiere Esperto e valorizzarne le funzioni, garantire e valorizzare l'utilizzo del sistema internet (es. banche dati) all'interno dei contesti lavorativi.²⁴

Tra i fattori ostacolanti l'implementazione della competenza infermieristica avanzata compaiono: la carenza di risorse umane, il non riconoscimento del ruolo dell'Infermiere Esperto con specializzazioni (corsi di perfezionamento, master, laurea magistrale), il non riconoscimento economico, il carico di lavoro eccessivo, l'inadeguata organizzazione del lavoro/distribuzione delle attività, la possibile non accettazione da parte dei colleghi, la

23 Caruso R., Pittella F., Ghizzardi G., Cesari L., Zaghini F., Destrebecq A.L.L., Sili A. *Che cosa ostacola l'implementazione di competenze specifiche per l'infermiere? La prospettiva degli infermieri clinici: uno studio esplorativo e descrittivo*. Disponibile da:<http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-32-articolo-372.htm>

24 Halcomb E., Stephens M., Bryce J., Foley E., Ashley C. *Nursing competency standards in primary health care: an integrative review*. J Clin Nurs. 2016 May; 25(9-10):1193-205. doi: 10.1111/jocn.13224. Epub 2016 Mar 18

scarsa collaborazione con i professionisti medici.²⁵⁻²⁶

Ma come facciamo a toccare con mano questa competenza all'interno dei nostri reparti?

Marmo et al forniscono ai professionisti uno strumento che può essere d'aiuto a monitorare tale competenza: il Profilo di posto.

Questo strumento altro non è che un elenco di competenze che il professionista infermiere svolge nel proprio servizio e tiene conto di quanto riportato dal profilo professionale dell'infermiere.

OBIETTIVO.

L'obiettivo dello studio è di elaborare il profilo di posto dell'infermiere che esercita la professione in un reparto di Cardiologia/UTIC in una realtà del Piemonte mappando sia le competenze infermieristiche acquisite a termine del percorso di laurea triennale, sia le competenze infermieristiche avanzate che necessitano di esperienza su campo e acquisizione di un titolo master in infermiere di area critica.

CONTESTO.

Secondo la psicoterapeuta londinese Susie Orbach, “sono le nostre reazioni alle circostanze avverse che ci rendono umani, e la nostra capacità a sopravvivere a queste emozioni, di

²⁵ Colyer H.M. *The construction and development of health professions: where will it end?* Journal of Advanced Nursing. 2014; 48(4): 406-412

²⁶ Jokiniemi K., Pietilä A.M., Kylmä J., Haatainen K. *Advanced nursing roles: a systematic review.* Nurs Health Sci 2012; 14: 421-31

crescere con e attraverso di loro, a far parte di quella che chiamiamo maturità.”²⁷ In alcune occasioni, tuttavia, queste emozioni possono influenzarci così tanto da “paralizzare la nostra capacità di agire o decidere lucidamente”.²⁸

Sapere quali sono le azioni fondamentali per evitare il peggio, avere migliori conoscenze e maggiore esperienza per fronteggiare quelle situazioni di tensione, come le urgenze e le emergenze, potrebbe essere di aiuto a chi lavora in un contesto sanitario stressante.

Nasce perciò il Profilo di posto, cioè un documento ufficiale in cui, per ogni ruolo professionale, a partire dalle funzioni attribuite per norma e in relazione a un preciso contesto organizzativo, vengono declinate ed esplicitate le attività/competenze attese. Definire un Profilo di posto vuol dire coniugare in un determinato contesto organizzativo, l’ampio concetto di responsabilità professionale con la specificità degli obiettivi del servizio in cui tale responsabilità è esercitata. È la dichiarazione dello standard di competenza dei professionisti a cui è riferito e, in quanto tale, esprime le opzioni dell’organizzazione in merito al livello di qualità professionale che ora intende perseguire e sostenere. I Profili di posto non sono modelli che possono essere trasferiti in realtà diverse da quelle in cui sono nati; inoltre è da considerare uno strumento descrittivo e non prescritto.²⁹

²⁷ Smith T.W. *The book of human emotions: an encyclopedia of feeling from anger to wanderlust*. Wellcome Collection. London 2015

²⁸ Goleman D. *Intelligenza emotiva*. Rizzoli. Milano 1997

²⁹ Marmo G., Gavetti D., Russo R. *Profilo di Posto. Dalla concettualità, al metodo e all'operatività*. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, 2011

Andando ad analizzare le norme concernenti la professione infermieristica (Codice Deontologico del 2009, il Profilo Professionale dell'infermiere, gli ordinamenti didattici) e valutando le risorse disponibili nella S.O.C. di Cardiologia/UTIC dell'Asl in questione, ho cercato di mappare le competenze e le competenze avanzate di un infermiere specializzato in area critica cardiologica per contribuire a migliorare la preparazione professionale e la qualità assistenziale, e rendere, pertanto, “una sanità più efficace ed attenta ai bisogni dei cittadini”.³⁰

La Struttura Operativa Complessa (S.O.C.) di Cardiologia/UTIC in questione si propone di rispondere alle esigenze ed ai problemi del paziente cardiopatico, sia nella fase acuta che nella fase preventiva.

L'area per il ricovero è distinta in tre settori:

- Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC);
- degenza ordinaria;
- emodinamica.

MATERIALI E METODI.

Quesito: Quali sono le competenze che un infermiere operante in Cardiologia/UTIC deve possedere?

L'Allegato 1, che riprende il metodo PICOS, mostra il quesito in forma analitica. Tra giugno e settembre 2017 è stata condotta una ricerca preliminare della letteratura

³⁰ FNCI. *Codice Deontologico dell'Infermiere*. IPASVI. Roma, 2009

internazionale riguardante l'argomento nelle banche dati *PubMed*, *Cochrane Collaboration*, *National Guideline Clearinghouse*, *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, *National Institute for Clinical Excellence* e *New Zealand Guidelines Group*, nel sito istituzionale del Ministero della Salute, nel sito E.B.N (*Evidence Based Nursing*) dell'Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola – Malpighi e nel sito dell'agenzia governativa *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*.

La ricerca è stata effettuata in tutti i database utilizzando i termini “*cardiology hospital service*” e “*competence*”(MeSH), “*nursing*”(subheading), “*professional profile*” (termini liberi), combinati tramite l'operatore booleano AND, con limiti per lingua, data di pubblicazione e tipi di studi selezionati (rispettivamente inglese o italiana, ultimi 5 anni, linee guida, revisioni sistematiche).

Nella pianificazione delle modalità di ricerca sono stati combinati termini *MeSH*, *subheading* e termini liberi.

Contestualmente è stata ricercata poi la letteratura nazionale sull'argomento tramite il motore di ricerca *Google*.

Si è pensato di iniziare raccogliendo le attività infermieristiche svolte nel servizio di Cardiologia/UTIC: dal lavoro in autonomia (raccolta di indizi, ipotesi diagnostiche, ricerca mirata dati aggiuntivi, convalida ipotesi diagnostica e enunciato diagnostico per individuare il bisogno di assistenza infermieristica) allo svolgimento delle attività in collaborazione (programmazione e applicazione prescrizioni diagnostico terapeutiche o applicazione di

protocolli e procedure assistenziali) . In un secondo momento si è svolta poi la ricerca della letteratura riguardante l'argomento sulle banche dati e su internet.

RISULTATI

PROFILO DI POSTO DEL CPS INFERMIERE DI CARDIOLOGICA/UTIC.

Data ultima stesura _____ Revisione programmata per _____

Direttore Medico _____ Coord. Inf.co _____

Direttore DIPSA _____

Riferimento D.M. 14 settembre 1994 n° 739 “ Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere”.

Profilo professionale:	Infermiere
------------------------	------------

<p>Definizione:</p> <p>(art 1 , comma 1 e 2 del DM 739/94)</p> <p>(art 1 , comma 1 della L 42/99)</p> <p>(art 1, comma 1 della L 251/00)</p> <p>Codice Deontologico dell'infermiere del 2009</p> <p>D.Lgs 196/03</p>	<p>Professionista sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica.</p> <p>Svolge con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dal profilo professionale nonché dagli specifici codici deontologici.</p>
<p>Posizione di lavoro:</p>	<p>Cat. CCNL: D</p> <p>Operatore Professionale Sanitario Infermiere</p>
<p>Interfaccia a monte:</p> <p>Interfaccia a valle:</p>	<p>Direttore di S.O.C. e responsabile, Coordinatore infermieristico.</p> <p>Personale di supporto</p>
<p>Relazioni funzionali:</p>	<p>Colleghi e professionisti sanitari di altri servizi: radiologia, laboratorio analisi, altri ambulatori.</p>

“L'infermiere identifica i bisogni di assistenza della persona e della collettività e formula relativi obiettivi”.

L'infermiere in Cardiologia/UTIC è in grado di:

- Accogliere la persona assistita/caregiver all'interno dell'unità di cura, instaurando un clima di fiducia e di collaborazione, garantendo:
 - un ambiente dedicato e predisponendo l'unità di cura,
 - un'adeguata risposta ai bisogni di tipo emotivo-relazionale della persona assistita e della sua famiglia legati ad ansia, paura, elaborazione della diagnosi, ecc... attraverso un linguaggio adatto, prestando attenzione alla comunicazione verbale e non verbale, in base all'età, lingua, religione, cultura, eventuali deficit sensoriali; informazioni chiare e semplici circa le prestazioni fornite; la corretta gestione dei feedback, l'uso di scale di valutazione (per l'ansia, VNS per il dolore).
- Individuare una persona di riferimento per la persona assistita (nominativo, recapito telefonico, ecc...).
- Fornire alla persona assistita/caregiver:
 - le spiegazioni e le finalità del monitoraggio continuo e dell'uso di diverse apparecchiature necessarie;

- le indicazioni sulle varie figure professionali presenti e disponibili presso la struttura (medici, infermieri, OSS, ecc...);
- i chiarimenti sull'iter diagnostico terapeutico a cui verrà sottoposto;
- le informazioni relative agli orari di visita (tutti i giorni dalle ore 13:30 alle 14:30 e dalle ore 18:00 alle ore 19:00), alle modalità di accesso nella S.O.C. di Cardiologia/UTIC (indossare camice, calzari; ingresso di una sola persona alla volta per non affaticar la persona assistita);
- l'opuscolo informativo sull'organizzazione interna, dopo stabilizzazione clinica;

oppure “rispettare la consapevole ed esplicita volontà dell'assistito di non essere informato sul suo stato di salute”.³¹

- Valutare le condizioni cliniche attraverso:
 - monitoraggio continuo del dolore³² in base alla scala VNS (Verbal Numeric Scale), dei parametri vitali (pressione arteriosa, saturazione O₂, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea), ECG, osservazione diretta della persona assistita (segni e sintomi)³³⁻³⁴, stabilendone la frequenza in base al grado di compenso emodinamico, secondo protocollo multidisciplinare validato;

³¹ FNCI. *Codice Deontologico dell'Infermiere*. IPASVI. Roma 2009; articolo 25

³² FNCI. *Codice Deontologico dell'Infermiere*. IPASVI. Roma 2009; articolo 34

³³ Roffi M., Patrono C., Collet J.P., Mueller C., Valgimigli M., Andreotti F., Bax J.J., Borger M.A., Brotons C., Chew D.P., Gencer B., Hasenfuss G., Kjeldsen K., Lancellotti P., Landmesser U., Mehilli J., Mukherjee D., Storey R.F., Windecker S. *Esc Guidelines*. The European Society of Cardiology. 2015

³⁴ Warnica J.W., Md. *Acute Coronary Syndromes*. 2013 May

- riconoscimento delle criticità e delle priorità, mettendo in atto con tempestività gli interventi infermieristici più adatti in autonomia o in collaborazione con il medico e/ o con altre figure professionali.³⁵

“L'infermiere pianifica, gestisce e valuta gli interventi assistenziali infermieristici.”

L'infermiere in Cardiologia/UTIC è in grado di:

- Accertare, appena le condizioni della persona assistita lo permettono e anche in itinere, i livelli di autonomia dell'assistito in relazione ai modelli funzionali e in base alla complessità assistenziale e alle abitudini di vita, fattori di rischio coronarico (pressione arteriosa alta, colesterolo alto, fumo di sigaretta, mancanza di attività fisica, dieta non salutare, obesità o sovrappeso, diabete, familiarità per dolore toracico, malattie cardiache o infarto, ecc...)³⁶ e problemi di salute.
- Identificare, in base alle valutazioni effettuate, i problemi di assistenza infermieristica/necessità di aiuto della persona assistita, scegliendo interventi sostitutivi, di compenso o di sostegno, attribuibili/delegabili anche ad altro personale, secondo il modello assistenziale ed i piani standard adottati.
- Saper stabilire priorità, scegliendo l'intervento più adeguato tra diverse alternative con ponderatezza e tempestività anche in condizioni di incertezza, carenza o

³⁵ FNCI. *Codice Deontologico dell'Infermiere*. IPASVI. Roma 2009; articoli 2 e 41

³⁶ Roffi M., Patrono C., Collet J.P., Mueller C., Valgimigli M., Andreotti F., Bax J.J., Borger M.A., Brotons C., Chew D.P., Gencer B., Hasenfuss G., Kjeldsen K., Lancellotti P., Landmesser U., Mehilli J., Mukherjee D., Storey R.F., Windecker S. *Esc Guidelines*. The European Society of Cardiology. 2015

complessità di informazioni.

- Riconoscere e promuovere il ruolo del caregiver e del nucleo familiare attraverso l'individuazione delle dinamiche relazionali.
- Spiegare e concordare con l'assistito/caregiver:
 - gli obiettivi assistenziali infermieristici in termini di risultati attesi;
 - gli interventi assistenziali di competenza infermieristica.
- Comunicare agli altri membri dell'équipe i risultati attesi, così da garantire il fluido passaggio di informazioni.
- Attuare gli interventi programmati garantendo sicurezza, competenza, efficacia, economicità, rispetto della privacy³⁷⁻³⁸, fornendo spiegazioni semplici ma esaurienti per ottenere un reale consenso e la collaborazione della persona assistita.
- Gestire le tecnologie per la valutazione e il monitoraggio dei parametri vitali in termini di appropriatezza e sicurezza, identificando gli eventuali segni di destabilizzazione.
- Monitorare i progressi e le reazioni dell'assistito nel raggiungimento degli obiettivi assistenziali.
- Registrare sulla documentazione infermieristica i risultati attesi, gli interventi pianificati/attuati, le problematiche, i tempi e le modalità per l'attuazione e la

³⁷ FNCI. *Codice Deontologico dell'Infermiere*. IPASVI. Roma 2009; articolo 26

³⁸ D.L. 30 Giugno 2003, n.196, Gazzetta Ufficiale del 29 Luglio 2003, n.174

valutazione dei risultati in itinere e finali.

- Mettere in atto interventi educativi rivolti alla persona assistita/caregiver in merito ai fattori di rischio, insegnando loro ad adottare stili di vita adeguati.³⁹⁻⁴⁰
- Definire in accordo con la persona assistita/caregiver il piano di dimissioni dall'UTIC, garantendo:
 - la destinazione post-ricovero (S.O.C. di Cardiologia o altra struttura interna o esterna al presidio ospedaliero);
 - la comunicazione del trasferimento alla persona assistita/caregiver;
 - le informazioni e la documentazione necessarie ai colleghi che prendono in carico la persona assistita;
 - il trasporto idoneo e le modalità.
- Fornire sostegno (psicologico, spirituale, presenza continua di un familiare, ecc...) alla persona assistita/famiglia durante la degenza, su richiesta e nelle condizioni di aggravamento/decesso.⁴¹
- Analizzare criticamente gli aspetti etici legati al proprio profilo.
- Riconoscere e monitorare le proprie emozioni legate al lavoro, sviluppando la propria capacità di autocontrollo, al fine di saper conservare un atteggiamento

³⁹ Roffi M., Patrono C., Collet J.P., Mueller C., Valgimigli M., Andreotti F., Bax J.J., Borger M.A., Brotons C., Chew D.P., Gencer B., Hasenfuss G., Kjeldsen K., Lancellotti P., Landmesser U., Mehilli J., Mukherjee D., Storey R.F., Windecker S. *Esc Guidelines*. The European Society of Cardiology. 2015

⁴⁰ Warnica J.W., Md. *Acute Coronary Syndromes*. 2013 May

⁴¹ FNCI. *Codice Deontologico dell'Infermiere*. IPASVI. Roma 2009; articolo 39

equilibrato e sicuro anche in condizioni di forte tensione (es. arresto cardiocircolatorio, ecc...) e/o chiedere l'aiuto di colleghi e altri professionisti.

- Favorire l'applicazione delle raccomandazioni di buona pratica nella gestione complessiva della persona assistita.
- Verificare gli *outcomes* e gli *output* dell'assistenza infermieristica erogata.
- Autovalutare la qualità degli interventi infermieristici in base a:
 - soddisfazione della persona assistita;
 - adesione al trattamento terapeutico della persona assistita/caregiver;
 - criteri definiti di qualità delle cure (protocolli aziendali, procedure di reparto elaborate in base alle linee guida più recenti, tasso di reclami, eventi sentinella, cadute, errori, in linea con gli standard aziendali di riferimento);
 - definire standard e indicatori di efficacia e di efficienza in termini di struttura, processo ed esito.

“L'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.”

L'infermiere in Cardiologia/UTIC è in grado di:

- Programmare le indagini strumentali⁴², visite medico-specialistiche, procedure

⁴² Roffi M., Patrono C., Collet J.P., Mueller C., Valgimigli M., Andreotti F., Bax J.J., Borger M.A., Brotons C., Chew D.P., Gencer B., Hasenfuss G., Kjeldsen K., Lancellotti P., Landmesser U., Mehilli J., Mukherjee D., Storey R.F., Windecker S. *Esc Guidelines*. The European Society of Cardiology. 2015

necessarie durante tutto il percorso diagnostico assistenziale in relazione all'evolversi della patologia.

➤ Procedure quali:

- Pericardiocentesi
- Ecocardiogramma
- Coronarografia/PTCA (Angioplastica Coronarica Transluminale Percutanea)
- Trombolisi
- Posizionamento Pace maker temporanei e/o definitivi
- Cardioversioni elettriche (CVE)
- Gestione contropulsatore
- Ventilazione assistita (B-Pap, C-Pap)
- Posizionamento CVC/Midline ecc...

➤ Visite specialistiche/consulenze quali:

- elettrofisiologiche;
- cardiocirurgiche;
- mediche/chirurgiche (nefrologo, neurologo, anestesista, ematologo, psichiatra, ecc...)

➤ Esami strumentali vari (TAC, RMN, ecografie, ecc...)

- Preparare e assistere la persona assistita prima, durante e dopo l'effettuazione degli esami diagnostico-terapeutici, applicando procedure e protocolli interni inerenti a:

➤ Coronarografia

- Misurazione PVC
- Angioplastica coronarica
- Posizionamento del Pace maker temporaneo/definitivo
- Trombolisi
- Contropulsazione aortica
- Cardioversione elettrica
- Pericardiocentesi
- Ecc...
- Fornire prestazioni assistenziali applicando le procedure aziendali e interne specifiche:
 - Lavaggio delle mani degli operatori (sociale, antisettico, chirurgico)
 - Sanificazione/sanitizzazione ambientale
 - Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti (scala di Conley)
 - Gestione della ferita chirurgica
 - Prevenzione dell'infezione del sito chirurgico
 - Prevenzione e cura delle LDD (scala di Braden)
 - Gestione CVC e CVP
 - Gestione del catetere vescicale
 - Misure per l'isolamento
 - Prevenzione e gestione del sintomo dolore dell'assistito (VNS)

- Rilevazione dei parametri vitali
- Procedure interne
- Fornire prestazioni assistenziali usando appropriatamente le tecnologie adottate dal servizio:
 - Carrello per l'emergenza
 - Elettrocardiografo
 - Defibrillatori⁴³
 - Sistema di monitoraggio elettrocardiografico continuo
 - Contropulsatore aortico
 - Pompe infusionali/pompe siringa
 - Pace maker temporanei
 - Dispositivi per la ventilazione assistita (NIV, C-Pap, B-Pap, ecc...)
 - Glucometri, termometri, aspiratori, ecc...
 - PC e sistema informativo
- Provvedere alla somministrazione dei farmaci prescritti, registrando sulla scheda terapeutica unica.⁴⁴⁻⁴⁵
- Monitorare gli effetti attesi ed eventualmente quelli indesiderati circa i trattamenti

⁴³ BLS/BLS-D, Italian Resuscitation Council. Edizione 2.2, 2014

⁴⁴ Roffi M., Patrono C., Collet J.P., Mueller C., Valgimigli M., Andreotti F., Bax J.J., Borger M.A., Brotons C., Chew D.P., Gencer B., Hasenfuss G., Kjeldsen K., Lancellotti P., Landmesser U., Mehilli J., Mukherjee D., Storey R.F., Windecker S. *Esc Guidelines*. The European Society of Cardiology. 2015

⁴⁵ Kumar A., Md and Cannon C.P. Mayo Clinic Proceedings. 2009 Oct

terapeutico/farmacologici effettuati, in particolare riconoscere:

- emorragie (micro e macro)
- sindromi compartimentali
- insufficienza renale acuta (IRA)
- spostamento del Pace maker
- pneumotorace (PNX)
- aritmie
- flebiti chimiche
- reazioni allergiche
- effetti avversi (ipotensione, bradicardia, ecc...)

e attivarsi per la loro risoluzione collaborando con il resto dell'équipe.

- Riconoscere precocemente l'insorgenza di situazioni di emergenza e critiche per l'assistito (ACC, FV/TV, ecc...) e affrontarle applicando tempestivamente procedure/protocolli multidisciplinari validati. In particolare:
 - BLSD
 - ALS
 - Parametri vitali
 - ecc...
- Richiedere l'approvvigionamento di materiali e farmaci di uso corrente, verificando l'entità delle giacenze e predisporre per la loro conservazione secondo protocollo

aziendale.

- Controllare mensilmente le scadenze di farmaci e materiali.
- Verificare che le apparecchiature in uso siano testate per l'efficienza e sicurezza, sia quotidianamente dal personale che dai tecnici competenti, secondo la normativa nazionale e procedure aziendali validate.⁴⁶
- Realizzare gli interventi di propria competenza osservando le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro⁴⁷, in particolare inerenti a:
 - rischio movimentazione manuale dei carichi;
 - rischio biologico;
 - rischio movimentazione pazienti;
 - modalità di prevenzione o di emergenza in caso di incendio;
 - utilizzo dei DPI (dispositivi di protezione individuale);
 - profilassi in caso di incidente occupazionale;
 - modalità di gestione dei rifiuti sanitari;
 - ecc...
- Segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente e/o al preposto eventuali:
 - deficienze di mezzi/dispositivi;

⁴⁶ D.LGS. 9 Aprile 2008, n. 81. Gazzetta Ufficiale del 30 Aprile 2008, n. 101

⁴⁷ D.LGS. 9 Aprile 2008, n. 81. Gazzetta Ufficiale del 30 Aprile 2008, n. 101

- condizioni di pericolo di cui si venga a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità.
- Riconoscere, segnalare e monitorare gli eventi avversi e indesiderati (es. segnalazione delle cadute, ecc...) nell'ambito del rischio clinico, collaborando con il Servizio Qualità e Rischio clinico aziendale:
 - individuare le cause degli errori attivi e di quelli latenti;
 - partecipare ad audit clinici;
 - identificare ed adottare interventi per la prevenzione dei rischi e gestione degli eventi avversi;
 - compilare le schede di *incident reporting*.

“L’infermiere agisce sia individualmente sia in collaborazione con altri operatori sanitari e sociali.”

L’infermiere in Cardiologia/UTIC è in grado di:

- accertare, in collaborazione con il medico, la necessità di consulenza di altri professionisti sanitari e sociali (psichiatra, neurologo, psicologo, assistente sociale, tutore legale, ecc...) ed intervenire in collaborazione con essi;
- richiedere la consulenza di colleghi esperti (es. per la cura di LDD (lesioni da decubito), posizionamento/gestione di accessi venosi quali PICC, Midline, ecc...)

qualora lo ritenga necessario, nell'interesse della persona assistita e per il raggiungimento degli obiettivi prefissati;

- chiedere/fornire consulenza a colleghi di altri reparti, in relazione alle competenze specifiche di ciascuno (es. utilizzo di apparecchiature particolari o di procedure);
- concordare la pianificazione della dimissione della persona assistita dalla Cardiologia verso domicilio o altra S.O.C./Struttura, fornendo eventuali informazioni.

“L’infermiere per l’espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell’opera del personale di supporto.”

L'infermiere in Cardiologia/UTIC è in grado di:

- attribuire al personale OSS le attività assistenziali conformi al loro profilo secondo i tre livelli di responsabilità (autonomia-cooperazione-prescrizione) e al livello di capacità verificato, in particolare per:
 - autonomia: sanificazione/sanitizzazione ambientale e delle apparecchiature, stoccaggio dei rifiuti secondo procedura aziendale, trasporto di materiale biologico, attuazione dei piani di lavoro, preparazione dell'occorrente per le varie procedure secondo check-list, ripristino/riordino del materiale utilizzato, approvvigionamento delle scorte del magazzino, sistemazione alberghiera (menù, distribuzione e aiuto

nell'assunzione del pasto, ecc...), svuotamento e disinfezione dei contenitori per la diuresi, igiene personale, espletamento delle funzioni fisiologiche, cambio biancheria, rifacimento dei letti, mobilitazione e trasporto della persona assistita, ecc...

- cooperazione: per i pazienti a media/alta complessità assistenziale: igiene personale, espletamento delle funzioni fisiologiche, cambio della biancheria, rifacimento dei letti, mobilitazione e trasporto della persona assistita; aiuto all'infermiere nell'attuazione delle procedure, nel ricovero e nella dimissione dal reparto, composizione della salma e suo trasferimento;
 - prescrizione: prelievi di materiale biologico (feci, urine, escreato), consegna richieste e ritiro referti vari.
- Supervisionare l'attività del personale di supporto e valutarne l'azione.
 - Dichiarare al personale di supporto l'obiettivo prefissato.
 - Attribuire al personale di supporto attività nel rispetto delle loro competenze.
 - Supervisionare l'operato dell'operatore socio sanitario.

“L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.”

L'infermiere in Cardiologia/UTIC contribuisce alla crescita professionale individuale e dei

colleghi ed è in grado di:

- valutare le proprie competenze, secondo gli standard identificati con il profilo di posto, sottoponendo alla valutazione del coordinatore le proprie necessità di aggiornamento;
- programmare, in base alla valutazione effettuata, un proprio percorso formativo;
- elaborare, in collaborazione con i colleghi e il responsabile del servizio, progetti mirati allo sviluppo della qualità dell'assistenza;
- utilizzare banche dati per la ricerca di evidenze ed effettuare revisioni della letteratura scientifica al fine di promuovere l'utilizzo di indicazioni derivanti da ricerche e/o studi basati sull'EBM (Evidence-Based Medicine) e sull'EBN (Evidence-Based Nursing), quale supporto dell'assistenza nel contesto clinico;
- realizzare gli interventi di propria competenza, applicando le conoscenze e le abilità acquisite ai corsi di formazione, proponendo l'aggiornamento e/o stesura di protocolli e procedure;
- realizzare attività di affiancamento e/o di tutoraggio clinico nei confronti di studenti in formazione e di infermieri in inserimento;
- fornire consulenza infermieristica nella gestione di situazioni assistenziali complesse o nella progettazione di corsi di formazione;⁴⁸
- collaborare a gruppi di lavoro multiprofessionali per la valutazione della qualità

⁴⁸ FNCI. *Codice Deontologico dell'Infermiere*. IPASVI. Roma 2009; articolo 13

dell'assistenza e dei servizi;⁴⁹

- partecipare attivamente alle riunioni di reparto e ai lavori aziendali;
- riconoscere comportamenti e reazioni a rischio *burn-out*; promuovere interventi volti alla gestione del vissuto emotivo degli operatori;
- dimostrare disponibilità nella sostituzione delle assenze dei colleghi.

DISCUSSIONE

La competenza avanzata infermieristica si riferisce alla capacità di un soggetto già esperto di agire nei confronti di un problema non solo utilizzando in modo produttivo le proprie esperienze pregresse, ma progettando, negoziando e realizzando nuove soluzioni come affermano Gamberoni L., Lotti A., Marmo G., Rocco G., Rotondi P., Sasso L., Tousijn W.

Lo sviluppo della capacità innovativa propria del professionista con competenza avanzata, come espresso da Gamberoni L., Lotti A., Marmo G., Rocco G., Rotondi P., Sasso L., Tousijn W., “non può concludersi con un ciclo formativo di laurea magistrale (o master), ma deve essere il frutto di un processo di maturazione graduale e complessiva del soggetto spinto alla ricerca (teoria- pratica- concettualizzazione della pratica)”.

Il fattore che potrebbe favorire l'implementazione delle competenze avanzate infermieristiche è l'istituzione del ruolo di infermiere esperto e valorizzarne le funzioni, mentre quello ostacolante è proprio il non riconoscimento dell'evoluzione di tale ruolo. Nonostante la penuria di articoli che evidenziano altri fattori favorenti e diversi fattori

⁴⁹ FNCI. *Codice Deontologico dell'Infermiere*. IPASVI. Roma 2009; articolo 14

ostacolanti, dall'indagine scaturiscono due considerazioni:

- il sistema D.R.G., non prevedendo modalità valutative delle attività infermieristiche, ne impedisce la valorizzazione e la corretta contabilizzazione; dovrebbe essere previsto uno strumento che monetizzi l'attività di competenza avanzata che ricordi il nomenclatore tariffario delle prestazioni infermieristiche previsto dal Consiglio Nazionale della Federazione Collegio IPASVI, il quale, nel suo specifico, regola i rapporti tra infermiere libero professionista e cliente;
- la consulenza infermieristica informale che in un certo qual modo è alla base di una competenza avanzata acquisita e una prassi consolidata tra infermieri che riconoscono l'impossibilità a essere "tuttologi" e vedono nel confronto con i colleghi un momento di crescita professionale. I coordinatori infermieristici dovrebbero informare la direzione sanitaria dello svolgersi di questa pratica consolidata nel quotidiano al fine di avviare un processo di ufficializzazione.

CONCLUSIONI

Il fenomeno competenza avanzata infermieristica merita sicuramente ulteriori approfondimenti e deve riguardare gli operatori della salute chiamati quotidianamente ad assumere decisioni relative all'assistenza e alla cura della persona assistita, attuabili grazie a una maggiore informazione sulle migliori pratiche disponibili.

La competenza avanzata, infatti, non è ancora né diffusa né ufficialmente riconosciuta in Italia, anche se è normativamente prevista dal Codice Deontologico e dal Profilo Professionale dell'infermiere e rappresenta un indubbio valore aggiunto per la professione. Per questa ragione gli infermieri con competenza avanzata dovrebbero essere considerati risorse interessanti.

Il competente avanzato infermiere potrebbe rappresentare un “anello” di unione nella Sanità attuale, caratterizzata da un costante e rapido sviluppo tecnologico e scientifico. Il continuo confronto tra colleghi permette, infatti, di gestire richieste di competenze sempre più avanzate e specifiche.

L'attuale ordinamento didattico universitario disciplina i master specialistici di I livello, dunque è tempo, sia per la dirigenza infermieristica che per gli infermieri, di impegnarsi per implementare e realizzare la consulenza nella pratica clinica, nella formazione e nella ricerca.

Tra le strategie favorevoli l'implementazione della competenza avanzata infermieristica si potrebbero considerare:

- l'istituzione dell'infermiere esperto e valorizzazione delle sue funzioni;
- l'elaborazione di progetti specifici che permettano di agire sulla cultura organizzativa e sul lavoro di équipe;
- la descrizione delle specifiche competenze per aree (Profilo di posto).

L'implementazione della competenza avanzata infermieristica può essere sostenuta dal contesto organizzativo e dall'efficace utilità trasmessa dai professionisti che la utilizzano, in qualità di richiedenti o consulenti.

Secondo il nostro punto di vista è di fondamentale importanza la promozione, il riconoscimento e l'implementazione delle competenze infermieristiche avanzate in quanto andrebbero ad aumentare il livello di assistenza erogata alla persona. La presenza di infermieri con competenze avanzate permetterebbe una migliore e più qualificata risposta alle esigenze dell'utenza. La nostra professione è in continua evoluzione e proprio su questo aspetto bisogna investire, affinché la ricerca continui sulla base dei dati che emergono dalla pratica clinica per contribuire alla crescita professionale.

L'esperienza realizzata, infine, è stata utile per incrementare soprattutto le conoscenze personali e stimolante per il confronto con le mie paure durante alcune emergenze/urgenze.

BIBLIOGRAFIA

1. Menghini A., Vacca D. *L'infermiere nell'emergenza extra ospedaliera* [internet]. UO Pronto Soccorso Ospedale Belcolle Viterbo. 2002 Dec 17 (visitato il 20/12/2016). Disponibile da: http://nfs.unipv.it/nfs/minf/dispense/L_S_i_n_f_o_s_t_/Infermiere%20nell'emergenza%20intra%20ed%20extraospedaliera.pdf
2. Sponton A., Zoppini L., Iadeluca A., Angeli C., Caldarulo T. *Mappare le competenze infermieristiche per lo sviluppo organizzativo: utilizzo della Nursing Competence Scale* [internet]. Azienda Ospedaliera di Garbagnate Milanese. 2013 apr 29 (visitato il 01/03/2016). Disponibile da: <http://www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/392/mappare-le-competenze-infermieristiche-per-lo-sviluppo-organizza/articolo>
3. Gamberoni L., Lotti A., Marmo G., Rocco G., Rotondi p. Sasso L. Tousijn W. *L'infermiere laureato specialista/magistrale: il progetto formativo*. Milano Mc Graw Hill
4. Levati W., Sarao M.V. *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*. Franco Angeli. Milano. 2003:14
5. Benner P. trad. Calamndrei C., Rasero L. *L'eccellenza nella pratica clinica*

dell'infermiere. McGraw-Hill, I Ed. 2003

6. Gamberoni L., Lotti A., Marmo G., Rocco G., Rotondi P., Sasso L., Tousijn W. *L'infermiere laureato specialista/magistrale: il progetto formativo*. Milano Mc Graw Hill
7. Bonometti R.J., Tang J. *A dynamic technique for conducting online survey-based research*. *Competiveness review*, 2006; 16(2):97-105
8. Saiani L., Dimonte V., Palese A., Chiari P., Laquintana D., Tognoni G., Di Giulio P. *Il dibattito sullo sviluppo di competenze specialistiche/avanzate degli infermieri* [internet]. *ASSIST INFERM RIC* 2016; 35: 116-121 (visitato il 09/05/2017). Disponibile da: http://www.air-online.it/bvs.cineca.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=2438&id=25568
9. Gamberoni L., Lotti A., Marmo G., Rocco G., Rotondi P., Sasso L., Tousijn W. *L'infermiere laureato specialista/magistrale: il progetto formativo*. Milano Mc Graw Hill
10. Caruso R., Pittella F., Ghizzardi G., Cesari L., Zaghini F., Destrebecq A.L.L., Sili A. *Che cosa ostacola l'implementazione di competenze specifiche per l'infermiere? La prospettiva degli infermieri clinici: uno studio esplorativo e descrittivo*. Disponibile da: <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-32-articolo-372.htm>

11. Mangiacavalli B. *Competenze avanzate degli infermieri: ecco il modello dell'Ipasvi* [internet] (visitato il 09/05/2017). Disponibile da: <http://www.ipasvi.it//ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-27-articolo-310.htm>
12. Cowan D.T., Norman I., Coopamah V.P. *Competence in nursing practice: a controversial concept. A focused review of literature*. *Accid Emerg Nurs*. 2007 Jan; 15(1):20-6. PMID 17276294
13. Pulcini J., Jelic M., Gul R et al. *An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation*. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010 Mar; 42(1): 31-9. PMID:20487184
14. Del Barrio-Linares M. *Competencies and professional profile of the advanced practice nurse*. *Enferm Intensiva*. 2014 Apr-Jun; 25(2):52-7. doi: 10.2016/j.enfi.2013.11.005. Review. Spanish. PMID: 24370471
15. Fairley D., Closs S.J. *Evaluation of a nurse consultant's clinical activities and the search for patient outcomes in critical care*. *Journal of Clinical Nursing*. 2006 Sep; 15(9): 1106-1415, 1106-1114. PMID: 16911051
16. Dowling M., Beauchesne M., Farrelly F et al. *Advanced practice nursing: a concept analysis*. *International Journal of Nursing Practice*. 2013 Apr; 19(2): 131-40. PMID: 23577970
17. Vivar C.G., Pardavila Belio M.I., Del Barrio Linares M., Canga Armayor N.

- Advanced nursing practice: development of an emerging model.* Rev Enferm. 2013 Oct; 36(10): 28-34. Review. Spanish. PMID: 24354130
18. Sutherland D.I., Hayter M. *Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases.* J Clin-Nurs 2009; 18: 2978-92
 19. Van Dillen S.M., Hiddink G.J. *To what extent do primary care practice nurses act as case managers lifestyle counselling regarding weight management? A systematic review* BMC Fam Pract 2014 Dec 10; 15: 197
 20. Bodenheimer T., Bauer L. *Rethinking the primary care workforce – an expanded role for nurses.* Nengl J Med 2016; 375: 1015-7
 21. Bodenheimer T., Bauer L., Olayiwola J.N., Syer S. *RN role reimagined: how empowering registered nurses can improve primary care* [internet]. California Health Care Foundation, 2015 (visitato il 10/05/2017). Disponibile da: <http://www.chcf.org/publications/2015/08/rn-role-reimagined>)
 22. Denver E.A., Barnard M., Woolfson R.G. Earle K.A. *Management of uncontrolled hypertension in a nurse-led clinic compared with conventional care for patients with type 2 diabetes.* Diabetes care 2003; 26: 2256-60
 23. Caruso R., Pittella F., Ghizzardi G., Cesari L., Zaghini F., Destrebecq A.L.L., Sili A. *Che cosa ostacola l'implementazione di competenze*

specifiche per l'infermiere? La prospettiva degli infermieri clinici: uno studio esplorativo e descrittivo. Disponibile da: <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-32-articolo-372.htm>

24. Halcomb E., Stephens M., Bryce J., Foley E., Ashley C. *Nursing competency standards in primary health care: an integrative review.* J Clin Nurs. 2016 May; 25(9-10):1193-205. doi: 10.1111/jocn.13224. Epub 2016 Mar 18
25. Colyer H.M. *The construction and development of health professions: where will it end?* Journal of Advanced Nursing. 2014; 48(4): 406-412
26. Jokiniemi K., Pietilä A.M., Kylmä J., Haatainen K. *Advanced nursing roles: a systematic review.* Nurs Health Sci 2012; 14: 421-31
27. Smith T.W. *The book of human emotions: an encyclopedia of feeling from anger to wanderlust.* Wellcome Collection. London 2015
28. Goleman D. *Intelligenza emotiva.* Rizzoli. Milano 1997
29. Marmo G., Gavetti D., Russo R. *Profilo di Posto. Dalla concettualità, al metodo e all'operatività.* C.G. Edizioni Medico Scientifiche, 2011
30. FNCI. *Codice Deontologico dell'Infermiere.* IPASVI. Roma, 2009
31. FNCI. *Codice Deontologico dell'Infermiere.* IPASVI. Roma 2009; articolo 25
32. FNCI. *Codice Deontologico dell'Infermiere.* IPASVI. Roma 2009; articolo 34

33. Roffi M., Patrono C., Collet J.P., Mueller C., Valgimigli M., Andreotti F., Bax J.J., Borger M.A., Brotons C., Chew D.P., Gencer B., Hasenfuss G., Kjeldsen K., Lancellotti P., Landmesser U., Mehilli J., Mukherjee D., Storey R.F., Windecker S. *Esc Guidelines*. The European Society of Cardiology. 2015
34. Warnica J.W., Md. *Acute Coronary Syndromes*. 2013 May
35. FNCI. *Codice Deontologico dell'Infermiere*. IPASVI. Roma 2009; articoli 2 e 41
36. Roffi M., Patrono C., Collet J.P., Mueller C., Valgimigli M., Andreotti F., Bax J.J., Borger M.A., Brotons C., Chew D.P., Gencer B., Hasenfuss G., Kjeldsen K., Lancellotti P., Landmesser U., Mehilli J., Mukherjee D., Storey R.F., Windecker S. *Esc Guidelines*. The European Society of Cardiology. 2015
37. FNCI. *Codice Deontologico dell'Infermiere*. IPASVI. Roma 2009; articolo 26
38. D.L. 30 Giugno 2003, n.196, Gazzetta Ufficiale del 29 Luglio 2003, n.174
39. Roffi M., Patrono C., Collet J.P., Mueller C., Valgimigli M., Andreotti F., Bax J.J., Borger M.A., Brotons C., Chew D.P., Gencer B., Hasenfuss G., Kjeldsen K., Lancellotti P., Landmesser U., Mehilli J., Mukherjee D., Storey R.F., Windecker S. *Esc Guidelines*. The European Society of Cardiology.

2015

40. Warnica J.W., Md. *Acute Coronary Syndromes*. 2013 May
41. FNCI. *Codice Deontologico dell'Infermiere*. IPASVI. Roma 2009; articolo 39
42. Roffi M., Patrono C., Collet J.P., Mueller C., Valgimigli M., Andreotti F., Bax J.J., Borger M.A., Brotons C., Chew D.P., Gencer B., Hasenfuss G., Kjeldsen K., Lancellotti P., Landmesser U., Mehilli J., Mukherjee D., Storey R.F., Windecker S. *Esc Guidelines*. The European Society of Cardiology. 2015
43. BLS/BLS-D, Italian Resuscitation Council. Edizione 2.2, 2014
44. Roffi M., Patrono C., Collet J.P., Mueller C., Valgimigli M., Andreotti F., Bax J.J., Borger M.A., Brotons C., Chew D.P., Gencer B., Hasenfuss G., Kjeldsen K., Lancellotti P., Landmesser U., Mehilli J., Mukherjee D., Storey R.F., Windecker S. *Esc Guidelines*. The European Society of Cardiology. 2015
45. Kumar A., Md and Cannon C.P. Mayo Clinic Proceedings. 2009 Oct
46. D.LGS. 9 Aprile 2008, n. 81. Gazzetta Ufficiale del 30 Aprile 2008, n. 101
47. D.LGS. 9 Aprile 2008, n. 81. Gazzetta Ufficiale del 30 Aprile 2008, n. 101
48. FNCI. *Codice Deontologico dell'Infermiere*. IPASVI. Roma 2009; articolo 13

49. FNCI. *Codice Deontologico dell'Infermiere*. IPASVI. Roma 2009; articolo 1

Allegato 1. Quesito di ricerca secondo il metodo PICOS

P	I	C	O	S
Infermieri di Cardiologia	Competenza infermieristica		Assistenza di qualità	R e v i s i o n i Sistematiche, Linee Guida/protocolli