

I sindacati della dirigenza medica e sanitaria (non proprio tutti) si oppongono allo sviluppo delle competenze degli infermieri

a cura del dott. Stefano Citterio Presidente del Collegio Ispasvi di Como

5

Lo scorso anno (cfr. Agorà n. 50, luglio 2012) era iniziato un dibattito circa la possibilità di prevedere (finalmente!) quanto previsto dall'art. 6 della legge 43/2006 relativamente alla formazione specialistica degli infermieri. Con molta difficoltà e non senza polemiche il percorso iniziato aveva prodotto una bozza di proposta di sviluppo di competenze della professione infermieristica (quella del gennaio 2013 – cfr. Agorà n. 52) che pur con molti limiti aveva cercato di individuare una possibile strada da percorrere per introdurre le c.d. specializzazioni infermieristiche e uscire così dallo stallo quasi ventennale.

Lo scorso novembre, quasi a ciel sereno, la maggioranza dei sindacati della Dirigenza Medica e Sanitaria (con l'interessamento anche di alcune professioni che poco interagiscono con gli infermieri!!) trasmettono una lettera al Ministero della salute di completa obiezione alla proposta sulle competenze Infermieristiche.

Pur comprendendo la necessità di dialogo e massima condivisione non si capisce perché questi sindacati debbano esprimere un parere sulla proposta. Ciò significa che ad ogni modifica o proposta che riguarda la professione medica dovrebbero essere sentite anche le OO.SS. del comparto?

I sintesi le obiezioni di natura normativa, giuridica e contrattuale sollevate dalla componente sindacale medica e sanitaria riguardano:

1) il rischio di attribuzioni improprie all'infermiere specializzato che riguarderebbero altre professioni (i primis il medico) con rischi di confusione di ruoli e responsabilità, non ultimo rispetto alla presunta potestà certificatoria degli infermieri, che sarebbe

già una errata interpretazione del ruolo della nostra professione;

- 2) il rischio potenziale di eccessive differenze regionali/locali sia nei percorsi che nelle attribuzioni con diverse implicazioni di natura professionale e contrattuale;
- 3) la legittimazione specialistica dei master;
- 4) l'attribuzione della formazione professionale di personale del SSN all'Università senza alcuna preventiva valutazione della capacità formativa;
- 5) la necessità di introdurre una tale modifica normativa con altri strumenti normativi e non tramite un accordo stato-regioni.

Questo scritto dei sindacati, richiama alla mente lo slogan storico che recitava "chi ha paura di un infermiere più qualificato?". Alcuni medici, non tutti per fortuna (tra i firmatari non ci sono i Medici della CGIL e della UIL), ragionano come se l'infermiere fosse ancora quello legato al mansionario, come se non ci fosse stato un reale percorso di crescita da parte della professione infermieristica i cui primi beneficiari, dopo la persona assistita potrebbero essere gli stessi medici.

Tutti si riempiono la bocca di parole come "collaborazione professionale", "lavoro d'équipe", "approccio multidisciplinare", "presa in carico", "continuità delle cure", (e l'elenco potrebbe proseguire ancora) ma, concretamente, cosa vogliono dire queste parole? Come è possibile applicarle nel concreto dell'assistenza e cura alle persone se non si pensa ad un ruolo paritetico tra i diversi professionisti coinvolti che, in relazione alle competenze necessarie, assumono un ruolo di primo fra pari nella gestione del caso?

Questi medici affermano (teoricamente) di credere e volere un infermiere più qualificato



ma, appena si ipotizza un qualsiasi cambiamento, la reazione è sempre la stessa: "fermi tutti, non si può mettere in discussione la centralità del medico (come se fosse l'unico autorizzato ad avere la responsabilità sul paziente), la via è un'altra, le priorità sono altre, e così via. In una girandola di pareri e dichiarazioni che, nei fatti, impediscono qualsiasi modifica della situazione attuale che invece mostra quotidianamente tutti i propri limiti.

Se consideriamo il quadro epidemiologico attuale è evidente come la prevalenza delle patologie croniche e la cronicizzazione di patologie che prima erano acute, rendono preponderanti le attività assistenziali rispetto alle prestazioni diagnostiche terapeutiche. **Nella gestione quotidiana della cronicità** (che è una tra le criticità del sistema) si inserisce il ruolo decisivo di sintesi e di accompagnamento svolto dagli infermieri.

Per questo è necessario che siano riconosciute e formalizzate le competenze che gli infermieri hanno sviluppato e che già frequentemente agiscono nella loro attività quotidiana. Nessun infermiere vuole o pretende di sostituirsi al medico nel fare diagnosi o nella prescrizione di terapie, ma quello che vogliamo affermare è ciò che è scritto nel nostro profilo "la responsabilità dell'assistenza infermieristica". Che questa responsabilità possa prevedere delle specializzazioni è abbastanza ovvio, tant'è che è una previsione normativa sia del profilo stesso (Dm 739/94) che della legge 43/2006. Tra l'altro leggendo i documenti approvati sulle competenze infermieristiche non si intravedono proprio questi rischi

di prevaricazione del ruolo del medico.

Da queste poche battute si comprende come la **SPECIALIZZAZIONE DEGLI INFERMIERI SIA UTILE ALLA PERSONA ASSISTITA E AL SISTEMA SANITARIO NEL SUO COMPLESSO**. Non risponde certo a derive corporativistiche o ad interessi (anche se legittimi) di categoria.

Anzi, da questo percorso originano, per gli infermieri, ulteriori responsabilità.

La proposta del tavolo ministeriale prevede anche un "Osservatorio nazionale delle buone pratiche professionali e organizzative" che ha proprio il compito di ricondurre ad una unitarietà le possibili differenze tra le diverse applicazioni regionali della bozza.

L'Università è in crisi, questo può essere vero, ma ciò non giustifica quello che viene sostenuto da questi sindacati. Perché non ipotizzano di fare i loro percorsi formativi fuori dall'Università? Non mi pare che si sia detta la stessa cosa quando le Università hanno attivato Master per gli Infermieri?

Personalmente auspicherei che la formazione specialistica degli infermieri fosse fatta non attraverso i master ma attraverso specifiche scuole di specializzazione infermieristiche. Queste scuole dovrebbero nascere dalla collaborazione tra Aziende Sanitarie e Università.

L'unico aspetto su cui si può essere parzialmente d'accordo è che anziché utilizzare lo strumento dell'accordo stato regioni si sarebbe potuto intraprendere una via legislativa differente. Ma, ancora una volta, siamo alla osservazione di metodo e non sul reale contenuto della proposta.

Ecco la lettera, dello scorso 20 novembre, con la quale i sindacati Medici esprimo il loro parere sulla bozza di accordo relativa allo sviluppo delle competenze Infermieristiche chiedendone il blocco. Ricordiamo che il documento era stato licenziato dal tavolo di lavoro e trasmesso per la sua approvazione alla Conferenza Stato Regioni già prima della fine della scorsa legislatura.

On. Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute
e, per conoscenza

Al Presidente Conferenza Stato Regioni

Al Coordinatore Commissione salute delle Regioni

Al Presidente Comitato di Settore Comparto Sanitario

Roma 20 novembre 2013

Prot. n. 244/2013/Snrm

Con riferimento all'incontro avvenuto presso il Ministero della salute il 28 ottobre u.s., concernente la "Bozza di Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico",



anche alla luce delle posizioni espresse in tale occasione, l'unica, nell'iter di tale accordo, in cui sono state convocate le OOSS della Dirigenza Medica e Sanitaria, si intende rappresentare quanto segue.

Nel demandare all'Accordo Stato-Regioni la ridefinizione delle suddette competenze e responsabilità emergono alcune criticità, oltre che sul piano dei rapporti con le altre professioni, quella medica in primis, anche sotto altri profili: normativo, giuridico, contrattuale.

Configurandosi, infatti, tali modifiche come una legittimazione ad esercitare, de facto, competenze proprie di altre categorie professionali, le quali dovrebbero essere definite parallelamente de jure, appare appropriato uno specifico percorso legislativo, anche per evitare conflitti di ruoli e di responsabilità che sarebbero inevitabilmente generati dalla conseguente confusione nei rispettivi ambiti.

Nella sua impostazione generale l'intero articolato della Bozza di Accordo oggetto dell'incontro prevede esplicitamente, per competenze professionali che dovrebbero rispettare criteri uniformi a livello nazionale, una potenziale differenziazione nei diversi contesti regionali, e addirittura in quelli locali, attraverso accordi pazzivi sconosciuti alla legislazione in materia. Il comma 3 dell'articolo 3 riconosce, addirittura, alle singole Università un'autonoma discrezionalità, fonte di ulteriore disomogeneità applicativa delle regole. Ciò, nonostante il comma 2 dell'art. 1 si proponga di riportare le applicazioni finora declinate come esperienze regionali e aziendali nell'alveo di una vision meno frammentata della *mission*, in capo al nostro SSN, di garanzia al cittadino/paziente.

Inoltre, l'art. 3 parrebbe mettere sullo stesso piano le esigenze regionali con quelle professionali, quasi che queste ultime rappresentino un fine, e non invece un mezzo, di garanzia della salute (comma 2) ed afferma, in sostanza, che le pattuizioni decentrate costituiranno elementi di vincolo alla contrattazione nazionale, invertendo in questo modo il loro rapporto con precisi criteri nazionali di garanzia procedurale (comma 4).

Un'ulteriore criticità emerge dall'ipotesi di percorsi formativi del tutto confondibili con i percorsi di specializzazione universitaria previsti per l'area medica. Essi, infatti, rappresenterebbero, con ogni probabilità, una legittimazione specialistica di quegli stessi master, già in essere, che hanno finora dimostrato di porsi in una prospettiva di completa indipendenza istituzionale rispetto alla formazione professionale del personale del SSN, talora autoreferenziando le proprie qualifiche formative. Non è un caso che proprio alcuni *master* abbiano condotto, per esempio, a correnti di pensiero che già oggi considerano erroneamente legittime, per l'infermiere, potestà "certificatorie" che la legge riserva invece esclusivamente al medico, sostenendo che la compilazione infermieristica della scheda di triage in PS o in Emergenza Territoriale rappresenti una certificazione stilata da pubblico ufficiale, mentre trattasi, a norma di legge, di un'attestazione redatta da incaricato di pubblico servizio. Né appare, comunque, condivisibile il fatto che, ancora una volta, la formazione professionale di personale del SSN sia appaltata ad una diversa istituzione, attraversata peraltro da una innegabile crisi, senza nemmeno una verifica delle capacità formative disponibili.

Alla luce di quanto esposto si chiede alla S.V. di voler riconsiderare l'iter previsto per il provvedimento esaminato, prevedendo ulteriori e più specifici momenti di confronto sulle procedure da adottare, necessariamente supportati da studi di fattibilità in un più globale disegno di razionalizzazione degli effettivi fabbisogni, anche al fine di apportare al testo le necessarie modifiche.

Distinti saluti.

Costantino Troise ANAAO ASSOMED
 Riccardo Cassi CIMO-ASMD
 Alessandro Vergallo AAROI-EMAC
 Aldo Grasselli FVM
 Francesco Lucà FASSID
 Biagio Papotto CISL MEDICI
 Carmine Gigli FESMED
 Raffaele Perrone Donnorso ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI
 Alberto Spanò SDS SNABI
 Antonio Castorina SINAF0
 Mario Sellini AUPI

