



Un ringraziamento al Direttore di Quotidiano Sanità, Dott. Cesare Fassari per l'ottimo servizio del suo giornale on-line e perché ci ha permesso di utilizzare ampi stralci degli aggiornamenti pubblicati sull'argomento nel sito (www.quotidianosanita.it)

Le prime reazioni e i principali commenti alla diffusione della bozza sulle "Competenze Infermieristiche"



In questa sezione abbiamo raccolto i commenti e le valutazioni espressi da diversi soggetti. Per dare ordine ai numerosi giudizi espressi fino a metà giugno li abbiamo ordinati considerando:

- a) Le altre professioni sanitarie (ordini, collegi e associazioni professionali non infermieristiche);
- b) Associazioni infermieristiche e Università;

- c) Organizzazioni sindacali;
- d) Altri commenti o giudizi espressi da singoli e/o personalità di spicco.

Abbiamo volutamente ESCLUSO i pareri espressi dalla Federazione e/o dai diversi Collegi IPASVI cui abbiamo riservato la terza parte di questo numero speciale.

Nota tecnica:

Ci scusiamo fin da ora se nel riportare i diversi pareri, nel necessario sforzo di sintesi, abbiamo in qualche modo ridotto il giudizio espresso. Non ce ne vogliano gli autori cui affidiamo in anticipo la nostra buona fede.

COSA DICONO LE ALTRE PROFESSIONI



AMEDEO BIANCO

Presidente Federazione nazionale ordine medici chirurghi e odontoiatri

"Niente mansionario, confronto tra le professioni" 20 APRILE 2012

"...si tratta di una proposta che affronta il problema in una "logica riduttiva e produttivistica", che mira a "ricostituire i processi clinico assistenziali ad una sequenza di atti e procedure tecnico professionali, nei quali i professionisti vengono assunti quali meri fattori produttivi"...

..."demansionamento di alcune attività e competenze del medico" che si risolve in un nuovo mansionario dell'infermiere...

..."Nessuna guerra tra professioni", ha detto Bianco nel suo intervento, ma piuttosto un maggiore confronto che consenta di accogliere i cambiamenti in atto. Un "conflitto ideologico", ha concluso, "ci vedrebbe tutti perdenti e darebbe forza a chi considera le professioni un problema"...

20

GIANCARLO PIZZA

(Omceo Bologna) 20 APRILE 2012

"Finalmente si fa chiarezza su profili e competenze" Il presidente dell'Ordine dei Medici di Bologna, che circa un anno fa aveva presentato un esposto contro le Regioni Emilia Romagna e Toscana per avere attribuito nuove funzioni agli infermieri, oggi plaude al documento del tavolo ministero-regioni sulla ridefinizione del profilo infermieristico. Era ora che si iniziasse una discussione seria e concreta su questo tema. Se una legge dello Stato ora stabilisce che gli infermieri possono compiere determinati atti medici mettendo mano al percorso formativo universitario, noi non abbiamo più niente da ridire. Si tratta di legge e di rispetto della legge.

Profili e rispetto dei profili. Responsabilità ed oneri ed onori di queste responsabilità"

..."Quello che chiedevano con quell'esposto - spiega Pizza a Quotidiano Sanità - era il rispetto della legge, e quindi che ogni profilo professionale compisse le mansioni che gli erano state attribuite per legge....si è fatto il tempo di "un'evoluzione culturale e comportamentale che permetta di raggiungere un accordo professionale..."

RICCARDO CASSI - CIMO

(Coordinamento italiano medici ospedalieri-associazione sindacale medici dirigenti) 20 APRILE 2012

"Su ridefinizione competenze I medici devono essere consultati" Per il presidente della Cimo, il documento anticipato ieri che ridefinisce le competenze degli infermieri "può portare ad invasioni di campo se non supportato da una chiara definizione delle competenze dei medici". Chiesta "rapida convocazione" da parte del Ministero e della Regioni ...un provvedimento sulle competenze infermieristiche, non preceduto o accompagnato da una definizione dell'atto medico, rischia di non risolvere i problemi e di crearne di nuovi, con effetti devastanti nell'attività quotidiana nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali".

Il documento del tavolo di lavoro ministero-Regioni, secondo Cassi, "elenca infatti dei punti la cui declinazione può portare ad invasioni di campo, se non supportata da una chiara definizione delle responsabilità di ciascuno e delle competenze dei medici, ai quali unicamente compete la diagnosi e la cura"...

COSTANTINO TROISE

(Segretario nazionale - ANAAO-ASSOMED Associazione medici dirigenti) 20 APRILE 2012

"No a invasioni di campo" Non vogliamo operazioni a senso unico, scrive il segretario degli ospedalieri. "Pur consapevoli della necessità di implementare le competenze della professione infermieristica, ci opporremo con ogni mezzo a provvedimenti di tipo puramente economicistico".

La crisi che attraversa il SSN e la necessità di definire i programmi e gli obiettivi del nuovo patto per la salute 2013-2015 richiedono un chiaro rapporto di ruoli e di responsabilità di tutti gli operatori che assicurano l'erogazione dei LEA. La gestione del percorso clinico assistenziale, la gestione del trattamento farmacologico e la esecuzione di procedure chirurgiche, la prescrizione di dispositivi medici e la utilizzazione di strumenti di diagnostica sono prerogative strettamente connesse alla diagnosi e cura proprie solo dell'atto medico, la cui frantumazione può provocare pericolose interferenze professionali e negative ricadute in termini di efficacia e sicurezza. Né può essere sottovalutato il pericolo di vedere nel processo clinico assistenziale finalizzato al benessere del malato solo una sommatoria di autonomie professionali in assenza della



individuazione di una figura cui ricondurre la responsabilità unitaria
 ...non può essere un'operazione a senso unico mirata ad erodere gli ambiti di autonomia professionale di medici e dirigenti sanitari contro i quali rischia di essere agitata come una clava". ..

GIUSEPPE MELE

Federazione Nazionale dei pediatri di libera scelta 20 APRILE 2012

"Bene maggiore responsabilità, ma atto medico resta centrale" La Federazione dei pediatri di libera scelta ha accolto con favore la proposta Ministero-Regioni ora all'esame delle professioni mediche e sanitarie. Sottolineando però la "priorità dell'atto medico, unico garante di una corretta anamnesi, diagnosi e terapia".
 "...la centralità dell'atto medico, che resta l'elemento fondante dell'intera medicina e assistenza sanitaria"...

MIRIAM GUANA

(Presidente Nazionale Federazione Nazionale Collegi Ostetriche) 20 aprile 2012



Più condivisione, questo chiede la presidente della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche Miriam Guana replicando all'articolo di Proia sulle professioni sanitarie. "Bene l'operatività del Tavolo Ministero-Regioni, ma ci sono perplessità circa il metodo e il crono programma adottati". La FNCO (Federazione Ostetriche) condivide senz'altro il progetto complessivo di ridefinizione, implementazione ed approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali di tutti i profili delle professioni sanitarie. In tal senso auspica che si renda finalmente giustizia dell'ormai ventennale evoluzione ordinamentale e formativa che ha coinvolto indistintamente tutte le professioni sanitarie che come da lei giustamente evidenziato sono rimasti in larga parte inattuati, nonostante vi siano sul territorio sperimentazioni positive di evoluzione delle competenze anche per il profilo professionale dell'ostetrica/o...

...sarebbe stato auspicabile avere prima un'informativa ufficiale circa l'istituzione di questo Tavolo Tecnico, la data d'insediamento, il contenuto e programma dei lavori, organismi partecipanti, ecc.

Riguardo alla cosiddetta "emergenza infermieristica" quale motivazione sottesa al crono programma seguito dal tavolo tecnico si ricorda anche l'emergenza del settore materno-infantile (eccessivo ricorso ai tagli cesarei - espressione di malpractice nel parto-nascita, inappropriata delle cure nel percorso fisiologico, ecc.) tale da richiedere nell'anno 2010 un Accordo Stato Regioni che riordinasse tutti i punti nascita e che prevedesse, tra l'altro, anche una formazione avanzata degli operatori coinvolti nel settore...

...un progetto di tale natura non può prescindere da una realizzazione congiunta, contemporanea e comparata con tutte le professioni sanitarie per le evidenti interconnessioni professionali e disciplinari degli operatori della salute. Appare rischioso e riduttivo realizzare tale progetto di enorme valenza per l'intero sistema salute raffrontando esclusivamente il ruolo dell'infermiere con il ruolo del medico, ciò risponde ad una vecchia logica delle attribuzioni di competenze e responsabilità piuttosto che ad una visione complessiva, appropriata, efficace ed efficiente del sistema sanitario orientato alla personalizzazione delle cure ed all'armonizzazione della salute individuale e collettiva...

ALESSANDRO BEUX

Presidente della Federazione Nazionale Collegi Professionali Tecnici Sanitari di Radiologia Medica

"Serve una visione 'di sistema' condivisa" Per il presidente della Federazione dei Tecnici di Radiologia Medica "sinora abbiamo prevalentemente assistito a posizioni di retroguardia, a volte corporative ed autoreferenziali". Ora "tra Ministero, Regioni e professioni serve una visione 'di sistema' condivisa, a favore del paziente" ...è un'iniziativa preziosa, lungimirante e coraggiosa (per certi aspetti, audace)...

... ha consentito l'istituzionalizzazione di un argomento che, da anni, era comunque oggetto di dibattito, nei luoghi di lavoro, all'interno e tra gli organismi di categoria...

... ha offerto a tutti i soggetti interessati la possibilità di ragionare su un documento comune...

...è un intervento a sostegno del miglioramento quali-quantitativo delle (nuove) risposte che il sistema sanitario è chiamato a garantire ai (nuovi) bisogni di salute, espressi e non, della popolazione che ad esso fa riferimento...

...possiamo assumere la possibilità (fattibilità) di un sistema sanitario che costa meno e risponde meglio, anche grazie alla valorizzazione delle professioni sanitarie...

ENRICO CAVALLI

Presidente A.I.Te.R.P.- Associazione Italiana Tecnici Riabilitazione Psichiatrica

..mi chiedo come e con quale formazione un collega infermiere, con cui già lavoriamo nei servizi, possa occuparsi, oltre alle competenze che ha già, anche di tutti questi altri aspetti della riabilitazione psichiatrica e psicosociale attualmente in buona parte di competenza del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica...



... fondamentale, per la cura e la riabilitazione di un paziente psichiatrico, la presa in carico da parte di un'equipe multidisciplinare che metta a disposizione competenze plurali, diversificate e soprattutto che si integrino tra loro. È evidente quindi che, rispetto all'integrazione degli interventi sui tre diversi livelli (bio-psico-sociale), l'infermiere fac-totum non potrà che risultare disfunzionale nel processo riabilitativo...
E perché sostengo che l'infermiere diventerà un tuttotfare? La logica è prettamente economico-gestionale: di questi tempi le Aziende Sanitarie non cercano altro che appigli per risparmiare; potersi rivolgere ad un unico professionista flessibile, formalmente competente, che possa essere impiegato in base alle necessità aziendali mi sembra già un ottimo motivo per ritenere che nel medio-lungo periodo le altre figure che si occupano di riabilitazione psichiatrica tenderanno a scomparire lasciando al "fac-totum" tutte le responsabilità e competenze. In termini di qualità e professionalità degli interventi, dove stia l'utilità di una simile proposta di revisione ancora mi sfugge.

ANTONIO BORTONE

Presidente del Conaps (Coordinamento nazionale delle professioni sanitarie) 16 maggio 2012

"Siamo disponibili al dialogo ma vogliamo ampie modifiche".

Non può essere effettuato un ampliamento delle competenze infermieristiche senza una coerente correlazione con le competenze delle altre professioni. Es: il fatto che l'infermiere possa essere considerato una sorta di case manager nell'area critica e quindi in grado anche di prescrivere ausili, interferendo così con le competenze di altri coattori. Nessuno vuole il ruolo da protagonista, ma questi interventi sono effettuati da molti attori e le competenze dell'uno non devono interferire con le competenze dell'altro. Il rischio, altrimenti è di passare da una cultura medico-centrica a una cultura infermieristico-centrica

"Infermieri peraltro non coinvolti ufficialmente al tavolo ministeriale di cui continuano a non essere noti i criteri con cui sono coinvolte le professioni".

Un allarme, dal momento che al tavolo tecnico a breve saranno analizzate anche altri cinque profili sanitari, anche questi scelti senza conoscere il criterio di priorità: Fisioterapisti, Tecnici Audiometristi e Audioprotesisti, Tecnici sanitari di radiologia medica e Tecnici di laboratorio biomedico.

"Abbiamo visto con molta attenzione questo processo perché di fatto rappresenta un progetto, anzi una 'idea progettuale', coerente con il momento storico e con il panorama giuridico. Manca solo l'istituzione degli ordini professionali, ma questo non è oggi in discussione, anche se, volendo seguire l'esempio europeo, dovrebbe essere stato istituito da anni".

"forte dissintonia nei contenuti e soprattutto nella scelta metodologica, che ha tenuto all'oscuro le professioni. Per questo il prodotto finale era incoerente con l'idea d'origine. Qui abbiamo letto non sovrapposizione ma dissolvenza in una nuova figura 'totipotente'.

ASSOCIAZIONI INFERMIERISTICHE E UNIVERSITÀ



CONSOCIAZIONE NAZIONALE delle ASSOCIAZIONI INFERMIERE/I (CNAI)

Parere del 14 maggio 2012, Presidente CNAI - Cecilia Sironi

Parere Sovrapponibile a quello dei Collegi del CDL per Infermieri dell'Università Insubria, sedi di Varese e Como

"sospendere il lavoro prodotto dal "tavolo" e iniziare un'approfondita riflessione che porti alla definizione di standard di qualità per la professione infermieristica in grado di esplicitare al cittadino la nostra competenza specifica. (...)

In estrema sintesi, non riteniamo si sentisse il bisogno di un documento così strutturato, non avendo mai dato pieno corso al profilo professionale sia in termini di funzioni e operatività (art. 1, commi 2 e 3) sia per lo sviluppo della "formazione post-base per la pratica specialistica" (art. 1, comma 5).

1. PARTIRE DALLE COMPETENZE DELL'INFERMIERE GENERALE

Parè ora opportuno che la Federazione nazionale dei Collegi, con l'ineliminabile contributo delle Associazioni infermieristiche esistenti in Italia, elabori degli standard per la professione infermieristica che esprimano le competenze dell'infermiere generale.

Questo fondamentale e prioritario lavoro sulle competenze dell'infermiere di assistenza generale deve necessariamente correlarsi:

- alla revisione del curriculum formativo della formazione di base e
- alla determinazione del fabbisogno di personale infermieristico qualificato nei servizi sanitari e assistenziali.



2. RAZIONALIZZARE LE FIGURE PROFESSIONALI ATTUALMENTE FORMATE IN UNIVERSITÀ (EX-FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA)

Urge ridefinire, razionalizzare e ridurre il numero di professioni sanitarie per ottimizzare le risorse ed evitare la sovrapposizione di funzioni e attività.

... non pare opportuno mantenere la separazione del triennio di laurea per infermiere pediatrico. La figura dell'infermiere pediatrico è importantissima, ma come formazione post-laurea (come da DM 739/94).

Nell'ottica della razionalizzazione e del miglior impiego delle risorse non pare inoltre utile mantenere separata la figura professionale dell'assistente sanitario. L'esperienza maturata da questi professionisti, storicamente nati dalle "infermiere professionali", può essere debitamente valorizzata in una distinta formazione complementare (infermiere di comunità o infermiere di sanità pubblica).

In gran parte dei paesi europei si sono resi conto che tre anni accademici non bastano per garantire la solida formazione di base necessaria a un infermiere di assistenza generale. Per questo CNAI propone un percorso universitario con l'acquisizione di un primo livello di "specializzazione" con un quarto anno finalizzato all'inserimento lavorativo negli ambiti ostetrico, pediatrico e della salute pubblica.

Un'altra ipotesi da dibattere potrebbe essere la previsione di un infermiere di assistenza generale formato fuori dall'Università con indirizzo più pratico e le 4.600 ore come da accordo europeo.

Entrambi i percorsi formativi - che si concluderanno o con la discussione di una tesi di laurea o con prove scritte, orali e pratiche con commissione ministeriale -, faranno accedere gli infermieri ad una comune abilitazione all'esercizio della professione di infermiere di assistenza generale.

3. ALCUNE CONSIDERAZIONI SULLA LAUREA MAGISTRALE PER GLI INFERMIERI E LE OSTETRICHE

Per quanto riguarda il percorso di laurea magistrale che, così com'è oggi, è certamente obsoleto, la proposta è di prevedere un primo anno, quello fondante, comune a tutti gli indirizzi di laurea magistrale, sviluppati nel secondo anno, che dovrebbero essere:

- 1 Management delle professioni infermieristiche e ostetriche
- 2 Scienze dell'educazione per le professioni infermieristiche e ostetriche
- 3 Assistenza infermieristica avanzata*
- 4 Ricerca per le professioni infermieristiche e ostetriche

L'indirizzo di laurea magistrale denominato Assistenza infermieristica avanzata, a differenza dei corsi di specializzazione nelle aree previste dal DM n. 739/74 e citate nel punto 2., è quello che in altri Paesi consente di assumere i ruoli di Nurse Practitioner che, operando anche in modo autonomo sul territorio, ha facoltà di prescrizione.

4. CONDIVIDERE LA REVISIONE CON I PRINCIPALI STAKEHOLDER INTERESSATI

Il lavoro, approfondito ed elaborato in tempi ragionevoli, dovrà poi essere condiviso sia all'interno della professione infermieristica che con gli stakeholder più significativi: altri professionisti sanitari, associazioni di cittadini e consumatori, associazioni di malati ecc.



POSIZIONE DEGLI INFERMIERI DI AREA CRITICA

Aniarti - 10 giugno 2012,
Presidente ANIARTI - Fabrizio Moggia

- il "Documento" non espone chiaramente una sua finalità.
- la figura di infermiere che risulta ed a cui viene fatto riferimento, è sostanzialmente esecutiva, pur con l'attribuzione di alcune abilità e responsabilità personali particolari, ma che non possono essere considerate caratterizzanti la professionalità.

La visione che sostiene l'intero documento pare recuperare una logica mansionariale, in contrasto con le norme che finora hanno regolato la professione infermieristica e che vanno attuate completamente.

Nel documento si pone l'accento prevalentemente sulle attività esecutive dell'infermiere, su quelle legate alle procedure, alle tecnologie e ad alcuni degli aspetti organizzativi, mentre vengono sottovalutati, se non esclusi da considerazioni significative, alcuni aspetti scientifico disciplinari, giuridici e relazionali.

L'Aniarti ritiene che è necessaria ed urgente la definizione su base perlomeno nazionale, di un infermiere specialista clinico, che sia reso capace di fornire risposte assistenziali avanzate alle persone malate e che sia in grado di interagire in contesti complessi con gli altri professionisti, le organizzazioni e le istituzioni. Il percorso formativo specifico deve rispondere a queste esigenze.

Le specializzazioni dell'infermiere devono avvenire nell'Università mentre a livello regionale e/o locale possono essere tenuti solo i singoli percorsi atti a gestire aspetti specifici dell'esercizio professionale, che non toccano il core della professione, ma intervengono esclusivamente sugli aspetti applicativi legati all'evoluzione di singole tecniche, metodologie ed organizzazioni. Si ritiene inoltre, non secondario sottolineare l'importanza di mantenere l'espressione "area critica" nella definizione dell'infermiere specialista che si occupa dell'assistenza al malato in situazione di criticità vitale in atto o potenziale ed in qualunque contesto.



MARINA NEGRI

Associazione Medicina e Persona – sez. Infermieri

INFERMIERE: PROFESSIONISTA O TECNICO?

Il giudizio sintetico che se ne può dare ad una prima valutazione è: un nuovo mansionario, riduttivo rispetto alle competenze attuali dell'infermiere.

Alcuni spunti di riflessione:

- il documento non coglie la vera responsabilità dell'infermiere, che è quella di rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica delle persone assistite.
- il documento elenca atti tecnici che sono tuttora già consentiti all'infermiere, senza nulla aggiungere in merito. Ad esempio: cosa vieta ad un infermiere (che abbia ricevuto formazione tecnica specifica) di utilizzare l'ecografia per reperire un vaso per una venipuntura oppure per accertare un globo vescicale e quindi DECIDERE di posizionare un catetere vescicale? Altro è fare una ecografia a scopo diagnostico o terapeutico che è, e rimane, una competenza del medico.
- la generica espressione di alcune "competenze tecnico professionali" descritte negli allegati rischia di attivare una spirale di interpretazioni e necessità di chiarimenti potenzialmente infiniti.
- sarebbe interessante capire se si intenda modificare il Profilo professionale dell'infermiere
- quali sono i bisogni di assistenza infermieristica della popolazione che renderebbero necessario un cambiamento delle competenze dell'infermiere?

Sebbene sia un rilievo marginale, forse può risultare illuminante la definizione di "paramedici" utilizzata in alcuni commenti. Ogni volta che si parla di paramedici vien da pensare a parapioggia, paraurti, paracolpi; non si può credere che si ritenga che gli infermieri debbano riparare (i pazienti) dai medici. Cosa si intende dunque?

Ciò che manca alla proposta è propriamente l'essenza dell'assistenza infermieristica: stare presso il malato (o la persona sana) con tutta la competenza specifica e con la consapevolezza che dalla presenza dell'infermiere le persone assistite si aspettano un sostegno, una compagnia in un momento difficile della propria vita. Davvero il documento rischia di rappresentare una deriva tecnica mortificante.

D'altra parte esso pone a tema una questione importante e che è "sospesa" da troppi anni: la regolamentazione della formazione specialistica dell'infermiere. È una questione molto complessa, sulla quale già esistono contraddizioni legislative. Volendo sviluppare un lavoro in tal senso si potrebbe proporre che i documenti allegati alla bozza - con opportune integrazioni e correzioni - possano diventare il punto di partenza per la elaborazione di linee guida per la formazione post base.

FILIPPO FESTINI

Presidente della Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche

Professore Associato di Scienze Infermieristiche, Università di Firenze 20 aprile 2012

Contrario all'accorpamento infermiere e infermiere pediatrico.

"Ministero e Regioni chiariscano la loro posizione sugli infermieri pediatrici"

...ambiguità che rende sostanzialmente poco chiaro il disegno complessivo e solleva numerosi dubbi ed interrogativi...

...tale figura è completamente ignorata e in cui sembra emergere un tentativo di "sostituirla" con una non meglio definita figura di "Infermiere di area pediatrica"...

... La Sisip, in modo molto chiaro e netto, ribadisce a nome degli Infermieri Pediatrici la netta contrarietà a qualsiasi ipotesi di abolizione della figura professionale di Infermiere Pediatrico, la cui necessità ed utilità non è mai stata messa in discussione da nessuno degli "stake holders", in particolare i Pediatri stessi che tramite le loro due principali associazioni scientifiche, la Sip e la Acp, hanno più volte sottolineato l'importanza del mantenimento di questa distinta figura professionale con formazione di base propria...

ERMELLINA ZANETTI

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

NICOLETTA NICOLETTI

Coordinatore sezione nursing Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

Infermieri. Prima occorre riorganizzare il sistema e definire gli out-come

Il documento riassume le ragioni di un cambiamento non più rinviabile a partire dalla considerazione che "stiamo assistendo a un'evoluzione delle componenti organizzative e assistenziali conseguenti all'oggettivo manifestarsi di alcuni fenomeni, legati in particolare all'aumento dell'età media, della popolazione con fragilità e malattie cronico degenerative...". La trasformazione, necessaria per rispondere ai bisogni di questa fascia di popolazione, rispettando criteri di sostenibilità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza e consenso, include anche un ampliamento delle competenze degli infermieri. Ma ciò non basta. Riferendoci in particolare all'allegato che propone le competenze dell'infermiere nell'area delle cure primarie, ritenia-



mo che per agire e finalizzare nuove e consolidate competenze sia necessario intervenire su due aspetti che rappresentano altrettante condizioni propedeutiche e irrinunciabili:

1. La riorganizzazione delle cure primarie
2. La definizione degli out come

...nel nostro paese l'organizzazione delle cure primarie richiede un cambiamento culturale (che non ritroviamo nel recente documento del tavolo tecnico ministeriale dedicato a "Cure primarie e integrazione ospedale-territorio"): il passaggio da una medicina d'attesa (curo e mi prendo cura di coloro che hanno già una malattia o un problema sanitario e si rivolgono ai servizi, con grande enfasi sul ruolo dell'ospedale) a una medicina di iniziativa, come proposto nel modello della PHC, (intercetto coloro che sono a rischio di sviluppare malattie o problemi di salute) con un forte investimento di risorse e nuove progettualità sul territorio e una ridefinizione dell'attuale organizzazione della medicina di base.

...Anche noi, come i colleghi inglesi, riteniamo che lo sviluppo della nostra professione non risieda nell'acquisire competenze "altrui", ma nella valorizzazione delle competenze assistenziali che ci appartengono e che possono trovare piena attuazione in modelli organizzativi meno medico-centrici, che valorizzano la presa in carico della persona fragile, affetta da patologie croniche con maggiori possibilità di garantire risposte ai bisogni attraverso la continuità delle cure e dell'assistenza.

...Spostare l'attenzione dalle competenze ai risultati potrebbe essere un'operazione utile a favorire il confronto fra professioni certamente diverse ma chiamate con pari dignità a contribuire "con un pensiero forte" alla cura e assistenza delle persone più fragili.

MOZIONE n. 4 del 19 maggio Conferenza Permanente delle Classi di Laurea e delle Lauree Magistrali delle Professioni Sanitarie
Presidente Luigi Frati; Segretario Alvisa Palese

Preso atto della bozza di proposta di accordo Stato-Regione sulla 'Ridefinizione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico'.

Rilevato che tale documento indica, all'art. 3, quanto di seguito fedelmente riportato (Formazione)

"Nell'ambito di quanto stabilito all'art. 1 è prevista una formazione complementare modulare, post laurea, sulla base di programmi definiti tra Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome da svolgersi nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.

Con successivo provvedimento del Ministero dell'Università e della ricerca scientifica d'intesa con il Ministero della Salute, d'intesa con le Regioni e Province Autonome, saranno rivalutati i piani di studio della Laurea in Infermieristica, della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed ostetriche e dei Master Universitari di I e II livello." Osservato che nell'ambito del Processo di Bologna (1999) e dei successivi documenti di implementazione ed indirizzo, sforzo comune dei Paesi firmatari tra cui l'Italia è individuare un'area omogenea di alta formazione collocata in ambito universitario in cui sono identificati due cicli: il primo livello della laurea triennale (180 CFU/ECTS) ed il secondo livello identificabile nella Laurea Magistrale (120 CFU/ECTS), Osservato altresì che l'avanzamento delle competenze di qualsiasi professionista ha bisogno di un percorso di formazione universitario basato su ordinamenti didattici accreditati e certificanti la preparazione quando esprimono un avanzamento della responsabilità decisionale, Rilevato invece che lo sviluppo di abilità tecnico-operative può essere realizzato attraverso percorsi di formazione sul campo, addestramento, istruttivi, da gestire in sede regionale e locale in base alle esigenze contestualizzate.

APPROVA ALL'UNANIMITÀ LA SEGUENTE MOZIONE

Di affermare che la formazione avanzata delle professioni sanitarie deve rimanere in ambito universitario e con le articolazioni formative previste dagli accordi internazionali sottoscritti anche dall'Italia.



Università Vita-Salute San Raffaele – CDL Infermieristica,
D.F. Manara, E. Galli, D. Moranda, E. Marzo, M. Secchi, G. Villa

I punti di forza di questo documento sono:

- la spinta a cercare una migliore sinergia tra SSN-R e Formazione Universitaria la quale deve, attraverso i piani studio, rispondere alle esigenze organizzative;
- la spinta a cercare soluzioni per promuovere la specializzazione (e non la professionalizzazione) della professione infermieristica in risposta alle necessità di utenza e di contesto organizzativo;
- la definizione di alcune competenze a completamento della formazione di base e il riconoscimento di come ci sia necessità di valorizzare la figura dell'esperto all'interno di un processo assistenziale complesso
- la volontà di entrare in merito ai contenuti legati a ciò che ci si aspetta debbano essere le differenziazioni di specialità e competenza all'interno della professione cercando di inserire e specificare quegli ambi-



ti ampliamento del campo di azione infermieristico (prescrizione, diagnostica etc) che dovrebbero tuttavia essere inseriti in una logica più ampia.

Le criticità di questo documento possono essere così riassunte:

- Criticità a livello di interpretazione normativa, in cui viene dato spazio a campi di azione formativa paralleli a quello universitario;
- Criticità a livello di interpretazione concettuale della professione infermieristica;
- Criticità a livello di declinazione di competenze descritte in modo isolato, non contestualizzate nell'ambito professionale, che sembrano rispondere più alle esigenze di differenziazione del campo di agire dell'infermiere rispetto al medico, più che descrivere lo spazio di riconoscimento reale delle competenze infermieristiche avanzate, con il rischio, espresso anche dalla Federazione Nazionale dei Coleggi IPASVI, di ingessare fortemente la professione anziché "porre le basi per una nuova autonomia e responsabilità professionale" come dichiarato dal documento;
- Rischio di ridurre la riflessione alla base dell'agire dell'infermiere attraverso un livello eccessivo di dettaglio delle competenze, soprattutto con grande propensione alla tecnicità (quindi più vicine ad un elenco di attività che all'agire in situazione);
- in molte competenze descritte compare la frase "...sulla base di protocolli condivisi". L'applicazione di protocolli condivisi risulta un metodo efficace di standardizzazione delle procedure e permette di mettere in atto degli interventi sulla base di schemi pre-impostati e rigidi che limitano l'assunzione di responsabilità diretta e la capacità di decision making e, di conseguenza, la personalizzazione delle cure. I protocolli vengono già utilizzati nelle U.O. e l'utilizzo di tale strumento non risulta quindi un ampliamento delle competenze dell'infermiere, quanto piuttosto l'ulteriore delimitazione del suo campo d'azione
- Alcune aree di competenza semplicemente elencano competenze già agite dall'infermiere, e allenate e consolidate con la pratica clinica a conclusione del percorso di 1 livello;
- Forte rischio di tornare ad una logica mansueta limitando il ragionamento e l'assunzione di responsabilità in situazione non normative;
- Rischio di eccessiva specializzazione sulla singola competenza (o meglio abilità tecnica) piuttosto che su un processo di cura ed assistenza al malato;
- Criticità a livello di interpretazioni diverse da Regione a Regione e tra Regione e Università di tali competenze con il rischio di rispondere più a mandati politici o spinte di lobby locali piuttosto che allo sviluppo professionale a livello nazionale con il rischio di ottenere come risultato ulteriore frammentazione nelle competenze, capacità e campo di azione degli infermieri sul suolo nazionale.

PROPOSTE:

- Rafforzare l'accordo all'interno delle varie componenti della Professione rispetto alle criticità sopra riportate, in particolare tra Collegi\Federazione e l'Università; lo scollamento tra le varie rappresentanze potrebbe aprire, in questo momento, un varco insanabile nel futuro.
- La formazione dovrebbe essere mantenuta in seno alle università o perlomeno garantita dalle università ed avere una matrice comune a livello nazionale che limiti il più possibile eccessi di diversificazione
- Vanno definiti obiettivi di tutte le parti in gioco e ancora una volta, uniformati a livello nazionale, anche prendendo in considerazione la realtà comunitaria e continentale in cui ci si muove, dove il riconoscimento di queste figure non prescinde ad esempio dal sistema universitario
- Sarebbe importante e opportuno studiare meglio strategie di confronto e collaborazione nel particolare ambito della territorialità (vedi quanto è differente l'assistenza domiciliare in Lombardia rispetto ad altre regioni) tra la professione infermieristica e medica per i PDTA
- La formazione dovrebbe ascoltare in modo attento le necessità delle organizzazioni all'interno della definizione dei programmi per fare in modo di fornire prodotti in grado di agire efficacemente nei contesti
- Deve cambiare il pensiero anche "politico" del prendersi cura, del curare e dell'assistere; se è giusto evitare ingessature organizzative occorre peraltro definire uniformemente sul territorio nazionale meccanismi di valorizzazione e di riconoscimento delle competenze avanzate per l'intera professione, in tutti i suoi ambiti di esercizio.

Nel complesso, esprime una valutazione fortemente critica per i seguenti motivi:

- Non è coerente ed anzi risulta confondente rispetto alle recenti evoluzioni della normativa professionale in ambito universitario nazionale e internazionale.
- Il contenuto delle competenze è fortemente sbilanciato sul versante tecnico, a scapito di quello puramente assistenziale
- La struttura degli allegati non descrive un profilo di competenze, ma un dettaglio di attività,
- Definisce un profilo infermieristico lontano dal panorama internazionale.
- Prefigura percorsi di formazione post laurea per nulla trasparenti tra SSR e Università
- È contraddittoria nel linguaggio e nelle intenzioni



PAOLA ARCADI

Infermiera, tutor e docente Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano"

PAOLO C. MOTTA

Infermiere, Professore Aggregato, cattedra di Scienze Infermieristiche, Coordinatore del Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Brescia

Una proposta che mira a cambiare le cose perché nulla cambi, 20 aprile 2012

1. un consistente numero di funzioni contenute nei diversi allegati non hanno, a nostro avviso, alcun carattere di innovazione e avanzamento, ma descrivono ciò che l'infermiere già sa, già sa fare e già fa nella propria attività clinica
2. un altrettanto consistente numero di funzioni appaiono fortemente ambigue, poiché nella medesima affermazione contengono il suo contrario: esse da un lato enfatizzano autonomia e responsabilità, ma dall'altro si affrettano a precisare che l'agire deve essere subordinato alle decisioni di altri, secondo la classica, vecchia (sì, vecchia: qui ci vuole proprio questo aggettivo!) ed evidentemente insuperabile concezione gerarchica delle relazioni tra infermiere e medico, quasi a voler concedere con una mano, per togliere immediatamente con l'altra;
3. ma soprattutto: la dimensione prevalente, o piuttosto quasi esclusiva, che viene espressa dalle funzioni 'avanzate' elencate è quella tecnica. Più che riferirsi allo sviluppo di competenze complesse, si riduce la proposta a un nuovo mansionario assoggettato ai principi della razionalità classica tecnico-scientifica, con il risultato che le funzioni stesse appaiono frammentate, impoverite di contenuto e non rispondenti alle esigenze espresse dalle persone a cui sarebbero rivolte;
4. altre funzioni appaiono mal formulate e imprecise – o addirittura scorrette – e inducono a pensare a un certo livello di superficialità nella stesura del testo (nell'area critica, emergenza e urgenza, "1.1.6.6 descrivere (ma come può mai trovar spazio un verbo del genere in un elenco di competenze?) le misure da adottare per la decontaminazione, la derattizzazione e la disinfestazione").

Per onestà, discutere nel merito significa anche riconoscere che questa proposta contiene alcune idee che, pur centellate e disperse nell'insieme del testo, meritano di essere positivamente considerate, come ad esempio la possibilità di utilizzare alcuni mezzi diagnostici e di prescrivere presidi e ausili e di aprire spazi alla continuità assistenziale: aspetti positivi, naturalmente, se si intendono applicati alla valutazione e trattamento di problemi di assistenza infermieristica.

Qui ci sembra che il rischio di un 'mansionario di ritorno' si faccia vivo; che, al posto di un professionista autonomo e responsabile, si mantenga o addirittura si torni a quella figura di operatore che Ivan Cavicchi efficacemente chiama il 'compitiere'.

Questa proposta sottrae alcuni ambiti di attività medica per consegnarli all'infermiere. Ci chiediamo quanto essa derivi da un dialogo approfondito e sia condivisa da tutti i soggetti interessati. Al di là di questo non trascurabile aspetto, riteniamo che questa operazione possa legittimamente suscitare critiche e perplessità tra i medici e le altre professioni sanitarie e, soprattutto, siamo convinti che non interessi agli infermieri, che non hanno mai concepito, né mai concepiranno il proprio sviluppo come un'estensione di attività nella sfera della medicina, ma come una valorizzazione intensiva di competenze assistenziali: questo ci sembra giusto e questo ci sembra sia oggi sempre più richiesto delle persone assistite, dai familiari e dalla comunità nel suo insieme.

Per l'assistenza infermieristica non invociamo la crescita, cioè 'fare più cose', ma lo sviluppo, cioè 'fare cose diverse, fare meglio'.

Questa proposta – e concordiamo ancora totalmente con Ivan Cavicchi – mira a cambiare le cose perché nulla cambi: un po' di risparmio (forse), un po' di concessioni a qualcuno, il rassicurante convincimento di 'aver fatto qualcosa', ma tutto questo 'in costanza' degli attuali pensieri sull'assistenza sanitaria e sui modelli organizzativi che dovrebbero assicurarla. Cioè in costanza dei problemi che assillano l'attuale organizzazione sanitaria.



ORGANIZZAZIONI SINDACALI



DANIELA VOLPATO

(Cisl Fp): "L'obiettivo è ambizioso. Lavoriamo per raggiungerlo"

L'obiettivo è importante, perché si parla di valorizzazione delle professioni".

"Il confronto è appena cominciato, ma se l'obiettivo è veramente quello dichiarato di implementare le competenze e valorizzare i professionisti, non può che trovarci d'accordo e disponibili al dialogo". Il documento "rappresenta una proposta e come tale andrà approfondita e ci vorrà del tempo". Perché, spiega il segretario Cisl Fp, "il lavoro è complesso. Si tratta di trovare soluzioni concrete e condivise in grado di incrociare ed allineare gli aspetti normativi, la formazione universitaria e la formazione professionale sul campo attraverso l'Ecm con nuovi modelli organizzativi del sistema che permettano davvero lo sviluppo e la valorizzazione delle professioni". Secondo Volpato, infatti, fino ad oggi tra questi elementi "non c'è stata coerenza, neanche nelle Regioni più virtuose". Ma lo "scollamento" va "assolutamente sanato se l'obiettivo vuole essere raggiunto". Questo, secondo la sindacalista, non potrà prescindere dal coinvolgimento di tutte le professioni, "area medica compresa", tenuto conto che "la sanità è sempre più multidisciplinare e che quella dell'infermiere è una professione che si collega a tutte le altre".

Su questo i sindacati hanno ricevuto "la garanzia istituzionale di Franco Toniolo a nome delle regioni e di Giovanni Leonardi a nome del ministero", che hanno assicurato che "lo stesso tavolo si occuperà prossimamente delle altre professioni sanitarie". Volpato ha anche detto che questa bozza sta determinando molta confusione. Qualcuno dice che intende solo definire le competenze complementari e specialistiche, ma un documento che definisce le competenze ulteriori inevitabilmente definisce anche quelle di base". Ma sono tanti altri i punti sui cui, secondo Volpato, non c'è chiarezza. A partire dai reali obiettivi che si vogliono raggiungere. Su questo, ha spiegato la sindacalista della Cisl Fp, "si è aperto un dibattito molto importante" tra ministero, Regioni e organizzazioni delle professioni sanitarie. Che ha portato alla decisione di siglare prima un protocollo politico, sulla base del quale, poi, proseguire il lavoro di ridefinizione dei diversi profili. Per questo, a differenza di altri sindacati, la Cisl Fp ha preferito, per il momento, non consegnare al tavolo alcun documento di osservazioni, riservandosi di farlo successivamente.

"Abbiamo convenuto - ha spiegato Volpato al nostro giornale - di consegnare al tavolo, entro il 1° giugno, una bozza di protocollo politico in cui vengano descritti lo scenario e gli obiettivi che si vogliono raggiungere, sia professionali che organizzativi, che programmatici. Siamo infatti convinti che in questo modo anche per il ministero e le Regioni sarà più semplice chiarire e tratteggiare gli obiettivi, e quindi declinare gli strumenti e le modalità per raggiungerli. Ridefinire, quindi, il ruolo e le competenze dei professionisti sanitari e degli infermieri, le competenze complementari e specialistiche, modelli, programma a livello nazionale ed altri che possono essere invece realizzate attraverso protocolli regionali".



CECILIA TARANTO

(Fp Cgil): "Al tavolo ministero-regioni ci sono ingredienti che fanno ben sperare"

Per la segreteria nazionale Fp Cgil, la proposta ha però bisogno di correzioni. Tra i nodi da sciogliere, la formazione e le risorse economiche. "Molte Regioni sono in piano di rientro, impossibile fare affidamento sulle loro disponibilità. Servirebbe un nuovo contratto".

Ma "occorre prendere atto che questa è la direzione giusta da seguire, perché fa bene al diritto alla salute e incrementa la multidisciplinarietà e il lavoro in equipe, una complementarità che è assolutamente necessaria per assicurare la migliore cura e assistenza". La Cgil, quindi, è intenzionata a portare avanti il confronto, superando che la polemica iniziale che ha caratterizzato il percorso: "C'è stato un problema di metodo. Il confronto è partito prima con le Regioni, senza che nessuno coinvolgesse le organizzazioni categoria, e poi la proposta è addirittura stata resa pubblica prima ancora che diventasse ufficiale. Un metodo che non abbiamo condiviso, visto che si tratta di un lavoro molto importante e delicato, che coinvolge una molteplicità di attori". Anche superata questa polemica, per la Cgil, come già rilevato dalle altre organizzazioni sindacali, restano comunque molti aspetti da correggere di quella proposta. "Anzitutto non si pensi che questa operazione di implementazione del ruolo degli infermieri possa essere finalizzata a risparmiare o a rispondere al problema della carenza medici che si presenterà nei prossimi anni. L'obiettivo deve essere quello di ragionare sui modelli organizzativi dei servizi sanitari regionali per valorizzare a pieno le potenzialità delle professioni sanitarie". "Nessuno vuole mettere in discussione l'atto medico, che resta il titolare della diagnosi e della prescrizione della terapia, così come l'infermiere deve continuare ad essere titolare dell'assistenza. I campi di azione sono già descritti e chiari, le polemiche sarebbero inutili e finirebbero solo per rallentare una riforma che molti medici già condividono. Si tratta infatti di diffondere, in modo omogeneo sul territorio, modelli organizzativi in grado di valorizzare le competenze e le potenzialità degli infermieri, cosa che in alcune Regioni sta già avvenendo e che fanno bene al sistema. Perché - ha proseguito Taranto



- se l'infermiere si occupa di fare i vaccini antinfluenzali, il medico ha il tempo per fare una visita in più, valorizzando così egli stesso le proprie potenzialità, senza invasioni di campo reciproche. Lavorare in questa direzione è assolutamente utile al sistema, ai cittadini e ai professionisti stessi, compresi i medici".

Per la segretaria della Fp Cgil, "è però chiaro che questo processo non deve riguardare solo gli infermieri, ma tutte le professioni sanitarie, ed essere il frutto di un lavoro attento, di scambi di opinioni, di esperienze e di competenze, eliminando ogni tipo di descrizione di logica mansionaria ed il rischio di equivoci, anche in modo involontario".

"Ma deve essere una formazione che alimenta l'esperienza nazionale, da affrontare, quindi, solo dopo che il professionista ha ricevuto una formazione omogenea e di base".

Il confronto, quindi, avrà bisogno di coinvolgere anche il Miur, "anche allo scopo di ripensare ai Master affinché siano fondati, anche in questo caso, su una base un po' più unificante. Un'altra criticità è il contratto, che invece, continua ad essere bloccato perché ovviamente quando si parla di evoluzione, di maggiori responsabilità, di rafforzamento del SSN, sarebbe utile che a questo corrispondesse anche un ragionamento serio dal punto di vista normativo, degli inquadramenti e di riconoscimento economico".



MARIA VITTORIA GOBBO

(Uil Fpl): "Obiettivi condivisi, ma molti nodi da sciogliere"

Soddisfazione per l'avvio di un confronto per valorizzare la professione infermieristica. Anche se la mancanza di risorse e la necessità di uniformare i modelli e raccordarsi con le altre professioni sono criticità ancora tutte da risolvere. Da eliminare anche "l'impostazione da vecchio mansionario".

"Del documento - ha spiegato Gobbo - condividiamo gli obiettivi, quelli proclamati nel titolo, e cioè 'Implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere'. Siamo lieti che finalmente sia stato avviato un tavolo di lavoro con questo obiettivo". Tuttavia, nel corso della riunione dello scorso 26 aprile presso il ministero, la Uil ha posto l'attenzione su alcune perplessità che il documento ha suscitato. "Anzitutto, non si deve procedere per compartimenti stagni. Abbiamo spiegato a ministero e Regioni che accettiamo la decisione di affrontare la questione delle professioni sanitarie una alla volta se si tratta di una scelta logistica effettuata per semplificare e rendere più efficace il lavoro, ma abbiamo sottolineato la necessità di portare avanti il processo di ridefinizione delle competenze infermieristiche attraverso un approccio più ampio e complessivo, che tenga conto dei ruoli di tutti gli altri professionisti della sanità", ha spiegato Gobbo. L'altro nodo da sciogliere riguarda i modelli organizzativi. "In realtà le competenze attribuite agli infermieri dal tavolo ministero-regioni sono già realtà in alcune Regioni. Tuttavia - ha precisato Gobbo - in altre Regioni gli infermieri continuano a lavorare all'interno di modelli fermi a 20 anni fa. È evidente, quindi, la necessità, ma anche la volontà del ministero e delle Regioni, diffondere le migliori pratiche e uniformare i modelli a livello nazionale, pur nel rispetto dell'autonomia regionale. Altrimenti - secondo Gobbo - in alcune parti del Paese assisteremo ancora al perpetuarsi di modelli che rappresentano un grande spreco di risorse e di potenzialità professionali".

"Il polverone alzato sul documento del Ministero della Salute che interviene su ruolo e competenze della professione infermieristica e sul rapporto con la professione medica, mi pare francamente basato su argomentazioni anacronistiche che non tengono conto dei profondi cambiamenti avvenuti in questi anni in ambito sanitario." Così Giovanni Torluccio, Segretario Generale della Uil-FPL.

"Lo sviluppo delle tecnologie, la crescita della formazione e della professionalità degli operatori, il mutamento del tipo e della diffusione delle patologie e della conseguente richiesta di cure richiedono una rivisitazione di modelli, percorsi e processi se vogliamo dare risposte di salute appropriate, efficaci e sostenibili. Dato che, nel documento, pare che nessuno venga espropriato dell'esercizio di attività, affermare che in determinati contesti e condizioni alcune attività svolte tradizionalmente dai medici possono essere svolte anche da altri professionisti non mi pare una bestemmia, se si tratta di professionisti adeguatamente formati e in possesso nelle necessarie competenze."



ANDREA BOTTEGA

(Nursind): "Tanto rumore per nulla?"

"Il vero fine di questo documento ci sfugge". Si tratta, peraltro, secondo il segretario del Nursind, di un accordo che "necessariamente rimanda ad altre norme o provvedimenti per la formazione e per l'esercizio con il rischio che in diverse parti del Paese il processo si fermi a vari livelli, non ultimo quello aziendale o di dipartimento". Senza contare che "il sistema sanitario è funzionale alla professione medica più che ai cittadini-utenti". Per Bottega, "se si voleva attribuire agli infermieri 'la prescrizione di presidi e ausili a supporto della dipendenza/non autosufficienza' o l'esecuzione di 'sutura di ferite sulla base di protocolli condivisi' bastava un prov-



vedimento amministrativo o una protocollo condiviso perché non penso sia questo accordo che ne sancisca la liceità bensì le norme già in essere ed eventuali provvedimenti aggiuntivi. Del resto, mi pare assurdo che un medico firmi la prescrizione di un presidio (si pensi ai presidi per le stomie gestiti dagli infermieri stomaterapisti) di cui non conosce le problematiche connesse e le modalità di gestione”.

Secondo Bottega, insomma, il documento del tavolo ministero-regioni “non dà soluzioni alle questioni aperte presenti oggi nel rapporto interprofessionale, anzi, rimandando ad altre norme pone le basi per la creazione di aspettative nella categoria che non si sa se siano poi realizzabili. Occorre capire, posto che tale documento non pare sia nato da un’esigenza interna alla professione, a chi serve e a cosa serve in modo da utilizzare poi strumenti concreti per il raggiungimento del fine posto”.

Il Nursind ha più volte sostenuto con il Ministero che la soluzione “era percorrere nuove strade come la diffusione dell’infermiere di famiglia senza sprecare ulteriori risorse verso i medici di medicina generale. Così non è stato; pertanto pare paradossale leggere ora questo documento sia sotto il profilo dell’armonizzazione con tutte le professioni sanitarie sia sotto il profilo della valorizzazione professionale”. “Di fatto – aggiunge Bottega - ancora oggi tutto il sistema sanitario è funzionale alla professione medica più che ai cittadini-utenti”. Il punto da cui partire è il sistema. “Se sono le esigenze di un sistema (sostenibilità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza, consenso) ad avere portato a stilare il documento allora lo dobbiamo comprendere all’interno del sistema stesso, cioè dobbiamo comprendere il senso di questo documento accanto ad altri documenti o accordi o provvedimenti (o mancata adozione di provvedimenti) riguardanti le altre professioni sanitarie”. L’organizzazione del lavoro, poi, “dovrebbe essere la parte fondamentale del documento, in quale è l’ambito che la legge prevede sia trattato dal Ministero e dalle regioni per la valorizzazione delle professioni sanitarie non mediche”. Ma nel documento, secondo Bottega, “di riorganizzazione nell’ottica di promuovere un’assistenza personalizzata e di incentivazione alla diretta responsabilità e gestione delle attività assistenziali non v’è traccia”. Ma “se il documento si propone di ‘investire nella professione infermieristica ponendo le basi per una nuova autonomia e responsabilità professionale’ come non pensare che ciò avvenga anche attraverso l’autonomia organizzativa?”, osserva Bottega, secondo il quale “occorre rivedere l’organizzazione per renderla più funzionale alle esigenze dei cittadini e meno medico-centrica, per liberare i medici dagli incarichi gestionali e renderli disponibili per quelli clinici, per dare la possibilità agli infermieri di fare quanto già la normativa prevede”. Altro ostacolo, le risorse. “Occorre stabilire le risorse umane ed economiche a disposizione per poter chiarire quale inquadramento economico si avrà per lo svolgimento di ulteriori competenze e di quali dotazioni il sistema si dovrà fornire per erogare i servizi. Di questi aspetti nei documenti non v’è traccia”.



SAVERIO ANDREULA

(Fias): “Bozza ministero-regioni buona base per migliorare qualità assistenza”

Per il sindacalista della Fiasl, che è anche presidente del Collegio Ispasvi di Bari, il confronto deve continuare “nell’interesse della buona pratica sanitaria”. Governo e Regioni “disponibili”. Ma la mancanza di risorse potrebbe essere un problema.

“Bisogna portare avanti il dialogo. Anche serrato e forte, ma si deve continuare a parlare”.

“Il documento - dice - non dovrebbe essere contestato”. Anzi, rappresenta “un buona base di partenza, anche se dovrà essere approfondito”. Ridefinire le competenze degli infermieri è infatti, secondo il sindacalista della Fiasl, un passo che va compiuto, “nell’interesse della buona pratica sanitaria, per garantire cure adeguate, continue ed uniformi su tutto il territorio italiano”. Il sistema sanitario, spiega, ha bisogno che “l’integrazione dei modelli organizzativi con il profilo infermieristico abbia linee uniformi su tutto il Paese”. Ma serve anche ridefinire il percorso formativo e il ruolo degli infermieri per dare risposte appropriate ai bisogni di salute. “L’assistenza sanitaria e il rapporto tra la sanità e il cittadino è molto cambiato negli anni. Oggi il cittadino chiede cure adeguate e a bisogni specifici sempre più complessi. Di conseguenza la sanità, e i professionisti che vi operano, devono essere preparati per dare risposte specifiche.

La prima criticità a cui rispondere è dunque quella della formazione universitaria, perché “i programmi didattici dei corsi infermieristici sono in grave ritardo rispetto alle evoluzioni scientifiche. I due elementi, che dovrebbero camminare insieme, si rincorrono con ritardi abissali. La seconda criticità da affrontare è quella organizzativa. “Si sono sviluppati modelli regionali diversi che vanno in qualche modo ricongiunti a un livello di uniformità nazionale” e questo “non sarà facile, visto che viviamo in uno Paese dove c’è concorrenza tra Stato e Regioni”.

Il Conflitto tra medici e infermieri è “più politico che reale”. “È questo uno dei problemi che il documento dovrebbe affrontare”. I medici, secondo il sindacalista della Fiasl, “non sembrano disposti a voler cedere molto spazio e rivendicato la loro leadership nell’ambito del governo complessivo delle prestazioni assistenziali. Ma gli infermieri non hanno alcun interesse a rivendicare un ruolo diverso da quello a cui l’infermieristica è deputata: il medico fa la diagnosi e la prescrizione, gli infermieri mettono in atto la terapia. Non abbiamo mai voluto arrogarci la prescrizione”. Non sarà semplice, perché oltre alla questione medici-infer-



mieri, occorre ricordare che "c'è un'incredibile parcellizzazione delle prestazioni dal momento che esistono ben 22 profili di professioni sanitarie. A cui il tavolo ha assicurato di volere lavorare affrontando man mano tutti i profili". A questo si aggiunge, secondo Andreula, "il problema degli operatori socio sanitari, creati per sopperire alla carenza di personale infermieristico ma che possono rappresentare un fenomeno inquietante, non solo in termini di rischio di abusivismo della professione infermieristica, ma anzitutto di integrazione di questa figura nell'ambito sanitario".



ANTONIO DE PALMA
Presidente Nursing up

"abbiamo rappresentato e circostanziato criticamente l'esistenza di rilievi e perplessità sul provvedimento a noi sottoposto, che noi stessi riteniamo per molti aspetti addirittura incongruente o quanto meno pleonastico rispetto alle norme che regolamentano le funzioni infermieristiche e le stesse esigenze del sistema.

..... quando si discute di "competenze professionali", bisogna prima effettuare un'approfondita disamina sulla tipologia e portata di eventuali "riserve esclusive" e/o "di ambiti di funzione caratteristici di una professione rispetto all'altra", cosa tutt'altro che semplice e scontata. Ma chi è che si oppone a questo innovativo modello, che a nostro parere consente di garantire il diritto alla salute del cittadino attraverso una doverosa ottimizzazione delle potenzialità di ogni professione?

I lavori in corso, come peraltro si legge nei documenti che stiamo valutando, mirano a realizzare "un sistema di flessibile dinamicità, escludendo ingessature organizzative nelle progressioni di carriera e favorendo meccanismi di valorizzazione professionale e capacità nel riconoscere il valore e il contributo posto da parte del singolo professionista nel processo assistenziale/organizzativo per tutto il tempo di effettivo e positivo esercizio della competenza". Lo stesso articolo 1 della bozza di documento infatti, specifica in maniera inequivocabile che tale accordo "definisce lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere, al fine di favorirne l'approfondimento nonché l'attribuzione di ulteriori funzioni avanzate, in connessione con gli obiettivi di prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione, previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, anche a seguito di ulteriore formazione complementare specialistica". Insomma, l'evoluzione della cultura e della professionalità.

Svolgere funzioni complesse e/o di particolare rilievo in campo sanitario non può essere considerato esclusivo appannaggio di alcuni. Riteniamo che tutte le professioni in possesso dei necessari requisiti e qualità, beninteso nel rispetto degli ambiti di funzione posti per ognuna dai vigenti ordinamenti, vantino il diritto-dovere di partecipare a pieno titolo nel complesso procedimento finalizzato a fornire risposte tempestive e competenti ai bisogni di salute del cittadino.

- L'iniziativa di implementazione delle competenze infermieristiche può trovare fondamento nell'attuale quadro normativo ed amministrativo se si dimostra idonea ad applicare il 2° comma dell'art. 1 della legge n. 251/2000 ...

Per il Nursing up... tali competenze "non devono considerarsi esaustive" e che fanno salva ogni altra eventuale competenza e discrezionalità rientranti nel campo proprio di attività e di responsabilità della professione infermieristica delineato dall'art. 1 della Legge n 42/1999.

PER QUANTO RIGUARDA L'ASPETTO ECONOMICO: pur nella consapevolezza che la problematica non rientra nello specifico mandato del tavolo oggi aperto, abbiamo più volte ribadito che i lavori in itinere non possono prescindere dall'introdurre le necessarie precisazioni sul fatto che al procedimento in corso saranno collegati i dovuti riconoscimenti di ordine economico e contrattuale per il personale che ne è destinatario.

PER QUANTO RIGUARDA LA PROBLEMATICA DEGLI INFERMIERI PEDIATRICI: Nursing Up ha anche sollecitato l'esigenza di integrare la bozza di documento in fase di valutazione "con l'introduzione delle necessarie precisazioni su cosa esso intenda per "infermiere esperto in area pediatrica" e soprattutto su quali debbano essere le correlazioni tra questo operatore e la figura dell' "infermiere pediatrico", un professionista che il nostro ordinamento attuale distingue da quella di "infermiere".

PER QUANTO RIGUARDA LA FORMAZIONE: Nursing up stigmatizza la competenza esclusiva dello Stato e l'importanza dell'uniformità nazionale a tali livelli, sostenendo che ogni tipologia di formazione finalizzata all'integrazione delle competenze eventualmente implementata da parte delle Regioni in base a specifici bisogni territoriali, decisamente auspicabile soprattutto per attuare la sempre richiesta "valorizzazione professionale sul campo degli infermieri", deve essere considerata esclusivamente come finalizzata ai bisogni territoriali del sistema salute, cosa diversa rispetto alla prevista formazione universitaria e con riferimento alle specializzazioni, agli specifici livelli di qualificazione formativa previsti dalla legge n.43/2006, punto 1 lettera c).



ALTRI COMMENTI

IVAN CAVICCHI

Docente di Sociologia dell'Organizzazione sanitaria, logica, filosofia della scienza, filosofia della Medicina, Università Tor Vergata Roma. Consulente collaboratore con alcune fra le principali società scientifiche del paese, FNomceo, FNIPASVI, Saggista



"Perché la logica del 'Patto tra le professioni' rischia di fallire"

Ministero e Regioni hanno scritto una proposta per la definizione di nuove competenze per gli infermieri, predefinendo il percorso istituzionale che prevede l'esame "separato" delle categorie interessate. Un grave errore.

È come buttare benzina sul fuoco. Ma un "patto" si fa convocando prima tutte le professioni, proponendo loro una ipotesi di lavoro per poi definire tutti insieme le condizioni politiche e culturali della proposta. Invece i funzionari del ministero e delle regioni, hanno scritto una proposta, predefinendo il percorso istituzionale che essa dovrà fare, sottoponendola nel frattempo, in modo separato alle categorie interessate. Ma, al di là del metodo, qual è la logica della proposta? Si parte da tre presupposti: il primo è che esiste una normativa sulle professioni sanitarie, ma senza spiegare né le ragioni serie della sua inconseguenza né quelle del conflitto che questa normativa ha innescato; il secondo è un ragionamento economicistico, che non è sfuggito a Troise su QS di ieri, secondo il quale valorizzare le professioni sanitarie ci farà spendere meno rispetto ai medici che costano di più, il terzo è una maldestra razionalizzazione sul blocco del turn over, i medici caleranno di numero per cui sorge la necessità di compensare dando più competenze alle altre professioni sanitarie. Personalmente considero questo ragionamento un perfetto esempio di "pensiero debole". La proposta del tavolo ministero-regioni, al contrario si riduce ad un trasferimento di competenze per lo più tecniche dal medico all'infermiere. Il candore diventa sovrano nel momento in cui si dice: che per restituire centralità al medico bisogna dare più competenze alle altre professioni; che l'attribuzione di competenze è concepita "senza che venga meno la titolarità" dei medici, quasi a reintrodurre dalla finestra ciò che la normativa per gli infermieri ha buttato fuori dalla porta ovvero "l'ausiliarità". Basta mettere zizzania tra le professioni. Si pone una grande questione di coevolutività delle professioni. Bisogna smetterla di pensarle in modo tayloristico, quindi con le logiche divisionali dei compiti e delle competenze, dobbiamo parlare il linguaggio dell'impegno professionale, delle qualità soggettive, si tratta di ripensare le cose nella complementarità e nell'interconnessione. La sanità è una impresa di gruppo. Ma il grande salto da fare è ammettere due cose: il lavoro in sanità oggi è tarato su modelli e su organizzazioni ampiamente regressivi soprattutto nei confronti della società che cambia e che alla fine tradiscono problemi di profonda antieconomicità sovraccaricando i costi produttivi del sistema con altri costi dovuti a pessime transazioni tra società e sanità (contenzioso legale, medicina difensiva, opportunismi professionali, ruberie di ogni tipo ecc). Dobbiamo risolvere il problema dell'intrinseca antieconomicità del lavoro, non alimentare i conflitti tra professioni mettendole in competizione. Le professioni non saranno mai appropriate se prima non risolveranno i loro anacronismi di fondo sia nei confronti della società sia nei confronti delle risorse. È cambiato tutto, la sanità ha fatto tante riforme, ma gli operatori in generale sono sempre quelli. Anche gli infermieri che ancora oggi sono impiegati come se nulla fosse successo. Infine: non si risolvono i problemi degli operatori, quindi del loro impiego, se non si risolvono contestualmente i problemi dell'azienda. È vano ridefinire le professioni e rimetterle dentro contesti che hanno dimostrato di non saperle impiegare per le loro potenzialità, e soprattutto che le hanno sempre considerate un costo da ridurre. Contenitori e contenuti devono cambiare insieme.

32

FRANCESCO SAVERIO PROIA

Dirigente ministero della salute - componente del Tavolo Ministero/Regioni

"Aperti a tutte le modifiche migliorative" Il coordinatore del tavolo Ministero-Regioni per la definizione delle nuove competenze delle professioni sanitarie, risponde alle perplessità avanzate sul lavoro fin qui svolto. "Nessuna nostalgia del mansionario, semmai c'è un'esaltazione delle competenze professionali". ...L'esigenza è stata formulata, come è noto, dalle Regioni che hanno constatato la necessità di aumentare le competenze delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica sia per la consolidata evoluzione formativa ed ordinamentale delle stesse che per la dinamica evoluzione in corso dell'organizzazione del lavoro sanitario anche alla luce dei progressi scientifici e tecnologici nel settore...

...Il documento, all'esame dell'universo della rappresentanza professionale e sindacale, consta di tre parti:

1. La prima è la relazione che disegna lo scenario giuridico ed organizzativo nel quale collocare quest'innovazione che si vuol proporre che coglie e fa proprie l'analisi, i saperi, le prospettive ed anche le attese della professione infermieristica, delle altre professioni della salute;
2. La seconda è lo strumento dell'Accordo Stato - Regioni con il quale Ministero della Salute e Servizi Sanitari Regionali intervengono immediatamente sulle competenze proprie implementando le funzioni della professione infermieristica e rinviando ad un successivo atto che coinvolgerà il MIUR per rivedere alla luce di queste scelte strategiche gli ordinamenti didattici di tutti i corsi universitari per infermiere: laurea abilitante, laurea magistrale (, mi auguro perché quest'ultima sia spendibile anche in attività avanzate clinico - assistenziale e non solo



gestionale - didattico) master specialistici, individuando quali siano funzionali al SSN e alla nuova progressione di carriera nel professionista specialista, sancito dall'art.6 della legge 43/06, per quest'importante aspetto ancora inattuato;

3. La terza è l'allegato tecnico delle nuove competenze nelle cinque aree di attività infermieristica individuate che si ritiene debba essere dinamico soggetto a continua revisione, verifica e monitoraggio per la evoluzione sempre più progressiva in sanità in capo scientifico, tecnologico, dell'organizzazione del lavoro e delle scelte di programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale...

...Quest'ultima parte è stata da alcuni oggetto di critiche e definita una riedizione di un mansionario: a me sembra una critica che non ha fondamento in quanto si tratta, come si è detto, di funzioni ulteriori ed avanzate rispetto a quelle previste attualmente che non vengono ridimensionate anzi esaltate, non cristallizzate da una legge ma soggette ad evoluzione, verifica e monitoraggio...

...è proprio il metodo del massimo coinvolgimento di tutti, nessuno escluso, che è appena iniziato, alla base della costruzione di questo nuovo modello...

...Oggi si è affrontata la questione infermieristica, ad ore si affronteranno le questioni relative a tutte le altre professioni della salute, nessuna esclusa, secondo un crono programma concordato; certamente sarà affrontata, con laicità e senza pregiudizi, anche la questione di un eventuale accorpamento di qualche profilo, se funzionale positivamente all'evoluzione delle professioni interessate e alla nuova organizzazione del lavoro che si vuol realizzare, senza alcuna volontà riduttiva o di ridimensionamento...

...Questo Tavolo tecnico presenta una valenza direi quasi epocale in quanto affronta la questione fondamentale di adeguare alla ormai consolidata nuova dimensione ordinamentale e formativa delle professioni sanitarie che una volta e purtroppo talora ancora denominate per esclusione...

... Si è scelto come prima emergenza quella di adeguare le competenze delle professioni infermieristiche alla luce della ricordata evoluzione ordinamentale e formativa a quella scientifica, tecnologica e dei modelli organizzativi sulla base sia delle sperimentazioni regionali già in essere che di quelli consolidati e verificati positivamente da decenni di altri Stati europei ed extraeuropei...

... l'elaborazione prioritariamente di una proposta di Accordo Stato-Regioni che ridisegni il rapporto tra professione medica e professione infermieristica attribuendo ai laureati infermieri e l'effettuazione di competenze e atti, attualmente svolti da laureati in medicina e chirurgia, senza che venga meno, però, la titolarità degli stessi ai medici...

... La proposta di Accordo Stato-Regioni individua atti e competenze che sono attribuibili agli infermieri per la loro formazione universitaria e per il loro attuale ordinamento professionale oppure attraverso una formazione complementare da svolgere da parte del SSN...

... e che potrebbero sollevare, ma non esonerare, i medici dalla effettuazione degli stessi, senza che comunque venga meno la loro titolarità di queste competenze, permettendo invece alla professione medica di esercitare appieno competenze più complesse o elevate, proprie del suo lungo percorso universitario di laurea e di specializzazione e della sua funzione dirigenziale...

...che vogliono dar vita, ad un confronto realmente esteso e partecipato, appena iniziato non solo per verificare e ricercare il consenso a questo progetto di profondo cambiamento ma anche per avere proposte di modifica in termine di ulteriore miglioramento e perfezionamento aprendo a fasi successive di monitoraggio, verifica e, se del caso, aggiustamento in corso d'opera, del processo di ridefinizione delle competenze delle professioni sanitarie, nel senso della loro implementazione, che dovranno vedere sempre protagonisti questi stessi soggetti professionali e sindacali...

DANIELE DI MICCO

Responsabile Servizio Infermieristico di Roma e Provincia ARES 118

"Smettiamola di seminare "zizzania" tra le professioni". Il documento pone una pietra miliare sull'efficacia e l'efficienza degli interventi di soccorso realizzati in ambito extraospedaliero. Insomma, salva le vite e fa pure risparmiare. È poco? Avviene da anni in realtà come, ad esempio, il London Ambulance Service di Londra o il Samù de Paris. È di questo che i professionisti della salute vogliono parlare, inclusi i medici che hanno ben compreso l'esigenza di rimodulare il proprio ruolo proiettandolo verso nuovi e ben più avvincenti scenari: della necessità di guardare al futuro rimettendosi in gioco, senza temere per quello che verrà e senza nostalgia per quello che è stato.

...Il documento del Tavolo tecnico rappresenta un'importante esempio di exit strategy dalla crisi che attanaglia la sanità, ed è intellettualmente onesto...

... non prevarica nessuno se viene letto con le giuste lenti, ed è evidente che è collocato all'interno di un percorso...

...Occorre davvero un nuovo "patto" tra professionisti per raccogliere le nuove sfide sulla salute che ci arrivano e per offrire le nuove risposte che la società attende. Bisogna smetterla davvero di seminare zizzania tra le professioni...

... il documento che ridisciplina le competenze dell'infermiere in area critica e emergenza-urgenza sancisce, da un lato, attività che i professionisti più maturi già in parte svolgono mentre, dall'altro, tranquillizza molti tra chi, come i medici più illuminati, queste statuizioni attendono con evidente e comprensibile sollievo. E pone una pietra miliare sull'efficacia e l'efficienza degli interventi di soccorso realizzati in ambito extraospedaliero...

...necessità di guardare al futuro rimettendosi in gioco, senza temere per quello che verrà e senza nostalgia per quello che è stato...

