



# Le specializzazioni infermieristiche secondo l'attuale contesto normativo/contrattuale e le ipotesi previste dal tavolo Ministero Salute/Regioni

14

di Stefano Citterio, Presidente IPASOI Como

Questo breve scritto ha il duplice obiettivo di delineare il quadro professionale e normativo dentro cui si può inserire l'ipotesi di accordo stato/regioni sulle Competenze Inf.che e di rappresentare in sintesi le proposte emerse dal Tavolo Ministeriale.

## La professione infermieristica oggi

Per delineare il quadro professionale che fa da cornice e presupposto allo sviluppo delle competenze infermieristiche è necessario innanzitutto evidenziare alcune caratteristiche proprie della nostra professione. In tabella 1 è possibile trovare alcuni dati di sintesi che rappresentano la professione infermieristica oggi. Si tratta di una professione femminile, relativamente giovane (anche se, come vedremo, la criticità dovuta all'allungamento della vita lavorativa rappresenta un problema per tutte le organizzazioni sanitarie) con una scolarità media elevata rispetto ai dati ISTAT della popolazione Italiana, per lo più collocati come dipendenti c/o strutture Ospedaliere. Gli infermieri italiani hanno uno fra i più bassi rapporti n. infermieri/1000 abitanti dei paesi OCSE (6,3 rispetto ad una media OCSE pari a 9,1) che determina la stima di una carenza pari a circa 60.000 unità infermieristiche per il nostro sistema salute.

Allo stesso modo, rappresentano caratteristiche peculiari del nostro gruppo professionale la disomo-

geneità formativa (scuole regionali, lauree triennali, esiti di sanatorie varie), la modifica della composizione delle equipe (es, inserimento dell'OSS), l'invecchiamento della popolazione lavorativa che associato all'aumento degli esoneri comporta difficoltà nella gestione, in primo luogo, dei servizi sulle 24 ore.

Accanto ai modelli organizzativi che frequentemente restano ancorati al tradizionale modello funzionale o per compiti è necessario registrare che anche le pubblicazioni e le ricerche prodotte dagli infermieri non hanno subito uno sviluppo coerente con quello definito del quadro normativo attuale.

Sansoni nel 2005 ha analizzato in due articoli pubblicati su Professioni Infermieristiche, la produzione scientifica Infermieristica dal 1998 al 2003 che, pur risultando in aumento, rileva che:

- l'infermieristica produce una quantità di pubblicazioni al di sotto della media delle altre discipline;
- gli inf. scrivono poco e in particolare di ricerca e teoria;
- vi è maggiore impegno nella discussione di aspetti di politiche della salute (elevata % argomento professione) e attenzione agli aspetti tecnici (clinica).

Anche per la ricerca i risultati non appaiono lusinghieri, Bongiorno, Colleoni, Casati (2005) prendendo in considerazione 122 ricerche pubblicate sulle 6 princi-

### Tabella 1. La professione infermieristica oggi: alcuni dati di sintesi

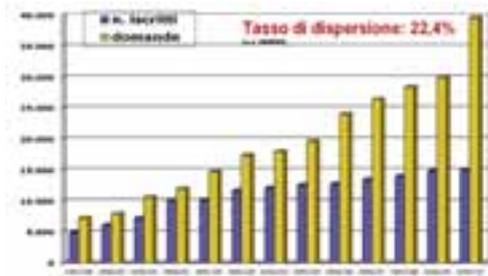
Iscritti IPASVI ITALIA 409.318 (80.000 (+20%) in più rispetto all'inizio degli anni 2000)

- professione prevalentemente femminile (75%- 80%);
- il 54,8% è sotto i 34 anni, mentre il 77% sotto i 40;
- tra il 62 e il 65 % possiede almeno la maturità;
- oltre il 10% stranieri;
- avvio attività lavorativa rapida, quasi il 100% ad 1 anno dal diploma di laurea (22,7 anni)- trend ultimo anno in peggioramento;
- l'ospedale è la sede prevalente di lavoro (83,3%).

**I liberi professionisti** sono circa l'8% 10% - trend in crescita. Sono 45.000 gli iscritti ENPA-PI, di cui 57% attivi.



**Grafico n. 1. Trend iscritti/domande corso di laurea in Infermieristica (dati nazionali)**



pali riviste italiane dal **gennaio 1998 al marzo 2003**

**concludono** che i risultati ottenuti dalle ricerche possono avere scarsa generalizzazione, bassa rappresentatività e rischio di interferenza. La ricerca inf.ca non è più agli albori ma in fase di consolidamento con molti passi ancora da compiere.

Detto ciò, il trend di iscrizione ai corsi di laurea in Infermieristica è in costante crescita (anche se con forti discrepanze tra nord - 1,9 domande per ciascun posto - e sud - 5 domande per ogni posto) come evidenziato dal grafico n. 1, con un tasso di dispersione (cioè quante matricole non giungono alla laurea) pari ad oltre il 22%.

Gli infermieri sempre con maggior frequenza vengono coinvolti in nuovi processi e responsabilità come per esempio le esperienze del SEE and TREAT in toscana, nello sviluppo di competenze perioperatorie, sui mezzi di soccorso Intermedio nel contesto del servizio di emergenza e urgenza (118), nell'assistenza domiciliare con esperienze diversificate come l'infermiere di famiglia, di cure primarie, low care a gestione infermieristica, andando a delineare le così dette "nuove frontiere della competenza e responsabilità infermieristica".

Tutto ciò ci induce a riflettere su quale deve o può essere il contributo degli infermieri nei diversi contesti, nelle sfide della nuova sanità e soprattutto su quale può o dovrebbe essere lo sviluppo specialistico del sapere infermieristico.

Dal punto di vista legislativo, dando per assodato il quadro normativo attuale sintetizzato nella figura n. 1, già nel profilo professionale (DM 739/1994) si ipotizzava la formazione post-base in cinque aree (eventualmente estendibili ad altre), ritenute preferenziali e a tempo per l'esercizio - mai attuate o regolamentate a livello nazionale.

Da allora solo con l'art. 6 legge 43/2006 si è ripreso il

**Figura 1. Quadro sintetico dell'ordinamento attuale delle professioni sanitarie**



tema delle specializzazioni prevedendo in base al livello formativo la classificazione delle professioni sanitarie in generalisti, coordinatori, specialisti e dirigenti.

Per quanto riguarda i professionisti specialisti questa norma prevede il possesso del **master Universitario e, pur senza dare alcuna definizione connota tale specializzazione a livello clinico in contrapposizione a quella manageriale affidata ai professionisti coordinatori.**

L'attuale CCNL non prevede specifici riferimenti alla valorizzazione economica della specializzazione come prevista dalla legge 43/2006 ma possiede alcuni strumenti che, nulla vieta, possano essere utilizzati in questa direzione: le progressioni orizzontali e verticali e le posizioni organizzative.

In realtà l'utilizzo di questi strumenti contrattuali in questo senso sono rare.

#### **Da dove nasce il percorso del tavolo ministero-regioni**

Pare opportuno indicare alcune delle motivazioni che possono aver determinato l'avvio di questa ridefinizione delle competenze.

Alcune motivazioni le possiamo ricavare dagli stessi documenti diffusi:

- una specifica richiesta delle Regioni al Ministero della Salute con nota prof. 458704 del 5/10/2011 nella quale si chiedeva di avviare un tavolo congiunto per la verifica dei profili professionali sanitari esistenti in un'ottica di ampliamento delle competenze dei professionisti;
- le necessità, definite e condivise dal Ministero della Salute, di ampliare le competenze dei professionisti della sanità e l'opportunità di accorpate



le figure dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico (tramontata nell'ultima bozza);

- c) la costante e profonda evoluzione nei settori scientifico, epidemiologico, demografico, formativo/professionale nonché lo sviluppo dell'informaticizzazione e delle tecnologie con conseguente rimodulazione dei processi assistenziali e organizzativi in ambito sanitario e socio sanitario;
- d) la proposta di PSN 2012-2014, approvata dalla Conferenza Stato-Regioni, che, al punto 1.6 prevede lo sviluppo di nuove competenze e responsabilità da parte delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, consolidando quanto già in atto nel nostro Paese ed uniformandosi così agli altri sistemi europei.

Ulteriori motivazioni possono essere:

- l'attuale assetto istituzionale prevede precise responsabilità in capo alla definizione delle competenze delle professioni sanitarie (in capo allo Stato e non alle Regioni), da qui la scelta di avviare un percorso di accordo da discutere in Conferenza Stato Regioni;
- la necessità (non più procrastinabile) di individuare soluzioni organizzative efficaci ma anche economiche;
- trovare supporto e convalidare nuove esperienze organizzative (see and treat, gestione codici bianchi di PS, mezzi di soccorso intermedio, nurse preoperatorio, ...) riducendo eventuali contenziosi;
- l'ipotesi prospettata di riduzione del numero dei medici a seguito della così detta "gobba" previdenziale.

Sulla base di queste motivazioni viene avviata l'attività di un tavolo tecnico congiunto Ministero e Regioni finalizzato alla ridefinizione delle competenze delle professioni Sanitarie (i 22 profili delle 4 classi di laurea). Il primo documento che riguarda gli Infermieri viene diffuso dal tavolo ministeriale nell'aprile 2012, un secondo documento nel luglio 2012 e il terzo documento nel gennaio 2013. Ci soffermeremo sull'ultimo documento che trovate pubblicato su questo numero (per gli altri cfr. agorà n. 50, edizione speciale sulle competenze infermieristiche sul sito [www.ipa-svicomo.it](http://www.ipa-svicomo.it)). Nel frattempo va registrato che è stato prodotto un documento conclusivo per quanto riguarda i Tecnici Sanitari di Radiologia Medica.

### Le proposte del tavolo ministero-regioni

Il documento diffuso nel gennaio 2013 rappresenta il quello definitivo licenziato dal Tavolo di lavoro Ministero/Regioni. Il tavolo di lavoro ha raccolto e consultato le rappresentanze sindacali e professionali (non solo infermieristiche) accogliendo, laddove lo ha ritenuto opportuno, proposte di modifica. Questo documento è stato licenziato positivamente dalla Commissione salute delle Regioni nella riunione del 6 febbraio 2013, ed è in attesa di essere messo all'ODG della Conferenza Stato Regioni per la sigla dell'accordo.

Tale documento costituito da una relazione introduttiva e dai 6 articoli della bozza di accordo ha come oggetto (all'art. 1) la definizione delle modalità e dei percorsi validi su tutto il territorio nazionale per riconoscere e promuovere lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico.

Per questo identifica nell'**art. 2** le seguenti aree di intervento:

- 1) AREA CURE PRIMARIE – SERVIZI TERRITORIALI/ DISTRETTUALI
- 2) AREA INTENSIVA E DELL'EMERGENZA URGENZA
- 3) AREA MEDICA
- 4) AREA CHIRURGICA
- 5) AREA NEONATOLOGICA E PEDIATRICA
- 6) AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

La scelta di indicare queste come "aree di intervento" e non come aree di specializzazione o di formazione post-base è giustificata dai percorsi e dalle modalità previste negli articoli successivi e delineati anche nella premessa all'accordo (cfr. strumenti operativi).

Comunque, il documento è lacunoso nella definizione delle aree e su quale caratterizzazione od orientamento assumere relativamente a ciascuna di esse.

Tale scelta può essere solo in parte giustificata da quanto definito nell'**art.3** relativamente alle modalità e percorsi per lo sviluppo delle competenze professionali, laddove si definisce l'attivazione di un confronto, a livello Regionale (e province autonome) con le rappresentanze professionali e sindacali, per definire, all'interno del processo di accreditamento professionale, i criteri per lo sviluppo delle competenze degli infermieri e la conseguente revisione dei modelli organizzativi, sia ospedalieri che territoriali.



Si chiarisce anche che, sempre con le stesse modalità (a livello Regionale e confrontandosi con le rappresentanze sindacali e professionali ma coinvolgendo anche l'Università), entro 180 giorni dall'approvazione del presente Accordo, verranno definiti i percorsi attuativi e i criteri per riconoscere pregresse specifiche esperienze, nonché i percorsi formativi da effettuarsi in ambito regionale o aziendale, anche ai fini dell'attribuzione dei Crediti Formativi Universitari (CFU). In questo modo si chiarisce che le pregresse esperienze saranno ricondotte a questi nuovi percorsi evitando di disperderle.

Nell'**art. 4**, l'accordo prevede che con successivo provvedimento del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica di concerto con il Ministero della Salute e d'intesa con le Regioni e Province Autonome, saranno emanati gli indirizzi per dare corso alla formazione dell'infermiere specialista, in attuazione dell'**art. 6** comma 1 lettera c, della legge 1 febbraio 2006 n. 43, nonché i criteri per il riconoscimento dei CFU relativi ai percorsi progressi effettuati in ambito regionale, delle province autonome e regionale. In relazione all'attuazione delle modalità e dei percorsi di cui all'articolo 3, saranno inoltre rivisitati i piani di studio delle Lauree, delle Lauree Magistrali e dei Master universitari di I e II livello. Questo articolo consente di comprendere che i canali formativi attivati saranno due, quello Regionale/Aziendale (previsto all'**art. 3**) e quello Universitario relativo alla formazione specialistica vera e propria (secondo la legge 43/2006) che verrà avviata successivamente. La previsione di una rivisitazione dei piani di studio di tutti percorsi formativi già in essere è comprensibile per l'impatto che potrebbe avere l'avvio delle specializzazioni sull'intero processo formativo infermieristico nelle sue diverse ramificazioni.

L'**art. 5**, che costituisce uno degli articoli più innovativi ed interessanti, istituisce l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche professionali e organizzative. Tale osservatorio ha lo scopo di:

- promuovere lo sviluppo omogeneo delle competenze professionali e dei conseguenti modelli organizzativi nel Servizio Sanitario Nazionale;
- promuovere e diffondere le buone pratiche.

Sarà composto da rappresentanti del Ministero della Salute, i rappresentanti delle Regioni, le rappresentanze professionali e sindacali.

L'Osservatorio nazionale valuta la documentazione pervenuta in relazione all'articolo 3 - (avvio dei percorsi formativi regionali-aziendali con relativi criteri) con l'obiettivo dichiarato di ricondurre ad un disegno omogeneo e coerente a livello nazionale tutte le proposte Regionali evitando eccessive frammentazioni o particolarismi.

Particolarmente innovativo è che i pareri dell'Osservatorio, saranno trasmessi periodicamente al Comitato di Settore e costituiranno elementi propedeutici alla revisione degli strumenti giuridici, economici e normativi nell'ambito delle trattative per il rinnovo dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro.

Nell'**art. 6** si conferma l'invarianza economica dell'accordo, oramai obbligatoria per garantire il proseguo legislativo di qualsiasi norma, che rischia di deludere le aspettative di progressione economica di tutti gli aspiranti infermieri specialisti.

### Considerazioni conclusive

Il documento in discussione possiede sia luci che ombre.

a) Certamente l'eliminazione degli allegati tecnici presenti nelle bozze precedenti (che avevano suscitato notevoli discussioni) riduce di molto l'impatto del documento rinviando le discussioni al livello Regionale e a quando verranno emanati i decreti ministeriali per la formazione specialistica.

In questo senso tutti i nodi emersi nelle discussioni sulle bozze precedenti non vengono affrontati o risolti ma semplicemente rinviati ad un livello diverso. Anche l'assenza di una qualche definizione o chiarimento terminologico contribuisce a definire dei presupposti non facili da risolvere e dai risultati alquanto incerti.

b) Non va ridotto però il fatto che, se questo accordo verrà siglato ed attuato, dopo anni di silenzi e rinvii finalmente si apre "una possibile strada" per la piena attuazione dell'**art. 6** della legge 43/2006.



- c) La scelta di utilizzare una strategia bottom-up per identificare i percorsi, i criteri e i contenuti per lo sviluppo delle competenze con il coinvolgimento delle rappresentanze sindacali e professionali costituisce una novità interessante e positiva dal punto di vista metodologico anche se non esente da rischi. È a questo livello che si dovrebbero dipanare tutti i nodi spinosi e non affrontati a livello nazionale (quali contenuti nelle diverse aree?, prevalenza della formazione teorica o pratica? Come riconoscere l'esperienza pregressa? E i master già effettuati? Deve prevalere l'esigenza organizzativa o quella formativa? Come conciliare formazione e attività lavorativa?) con il serio rischio che prevalgano interessi di parte o che il discorso si avvii a tal punto da non trovare vie di uscita come è già accaduto a livello nazionale.
- d) La scelta delle "aree di intervento" su cui avviare i percorsi rappresenta la decisione più difficile se non si definisce prima quale è l'orientamento specialistico che si vuole perseguire. Orientamento non esplicitato né tantomeno discusso o teorizzato. L'area delle cure primarie, con l'aggiunta della annotazione dei servizi territoriali/distrettuali richiama ad un modello organizzativo che si sta cercando di superare avendone valutato i limiti. Per quanto riguarda l'area intensiva, è probabilmente la più roduta vista la larga diffusione di master specifici. Gli stessi master però hanno contenuti e percorsi molto variabili tra loro. Ancora, possiamo aggiungere che se la connotazione delle aree chirurgica, medica e neonatologica/pediatrica non viene chiarita il rischio che si sovrappongano a quelle degli infermieri generalisti e degli infermieri pediatrici è elevato e non esente da implicazioni organizzative e professionali. Si comprende quindi come l'assenza di un orientamento o qualsivoglia definizione rende la declinazione di queste aree a livello Regionale/Aziendale particolarmente critica e non immune da rischi o scelte troppo particolari/locali.
- e) Altro tema riguarda la previsione del duplice canale formativo Regionale/Aziendale e Universitario. Questo duplice canale formativo deve rappresentare una fattore positivo poiché l'accordo riconduce il primo al secondo utilizzando il sistema del riconoscimento dei Crediti

formativi Universitari (CFU). In questo modo è possibile di integrare i due percorsi formativi senza allontanare eccessivamente la formazione specialistica dalle esigenze organizzative e viceversa. Va detto che nella bozza precedente (luglio 2012) era indicata la distinzione tra l'**Infermiere Esperto** cui si riferivano gli allegati tecnici - in possesso di un certificato di competenze esito di formazione Regione/provincia - e l'**infermiere Specialista** - in possesso del Master Universitario secondo quanto definito dalla legge 43/2006-. Tale distinzione non è stata ripresa in modo esplicito da questa ultima bozza. Personalmente, ritengo utile non riprendere tale distinzione per non inserire, al già variegato mondo infermieristico, ulteriori distinzioni che non hanno riscontro normativo (cioè non previste dalla legge 43/2006) che, tra l'altro, potrebbero giustificare la non attivazione della formazione specialistica.

- f) La previsione normativa dell'art. 5 di questo accordo cerca di garantire uniformità e omogeneità sul territorio nazionale attraverso l'azione dell'Osservatorio Nazionale per le buone pratiche professionali ed organizzative. Tale scelta appare lungimirante e da sostenere. Non risulta però chiara la modalità di azione di questo organo nei confronti delle Regioni/aziende. Si presume che interverrà, nei casi necessari, per il tramite del Ministero della Salute, dove è formalmente istituito, a cui competono tali attribuzioni relative alle professioni sanitarie.
- g) La più grave carenza dell'accordo però risiede nel fatto che non ha previsto, fin da subito, il coinvolgimento del MIUR che invece è uno dei due Ministeri competenti per l'avvio della formazione specialistica. Questa grave carenza non trova ragione se non in questioni interne al Ministero della salute e ai relativi rapporti con i colleghi di Governo e non fa presagire una particolare predisposizione del MIUR a discutere di questi temi.

Nonostante tutto le luci devono prevalere sulle ombre in modo da intraprendere formalmente un percorso in realtà già avviato con l'esperienza maturata nei diversi settori dagli infermieri e per il tramite dei master di varia tipologia già acquisiti da una consistente fetta della popolazione infermieristica. La sfida è lanciata e aperta al contributo di tutti. Non tiriamoci indietro 

