

Le specializzazioni infermieristiche: quali implicazioni contrattuali?



*Samuel Dal Gesso, Direttore Dipartimento Organizzazione e personale AO Melegnano
Componente tecnico del Comitato di settore Regioni - Sanità*

Le recenti linee guida ministeriali, approvate dalla Conferenza delle Regioni, hanno delineato un percorso di revisione delle competenze infermieristiche, ribadendo la centralità della formazione specialistica universitaria ma lasciando anche correttamente una parte di responsabilità al livello regionale, che ha il compito di collocare i profili professionali all'interno di un sistema e di un modello organizzativo, che non può essere rappresentato in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

Partirei proprio da una considerazione organizzativa di carattere generale: dobbiamo evitare un rischio, che è quello di affezionarci a modelli organizzativi un po' astratti (quasi cercando la perfezione che non esiste per definizione in un'organizzazione), calati dall'alto e sopra le caratteristiche delle persone che vanno a comporre quei modelli. Per spiegarmi voglio portare, a mo' di esempio, il caso di un settore diverso da quello del comparto, quello della dirigenza del SSN: quanti disastri sono stati prodotti nel nostro ordinamento (e ancora non ne siamo usciti!) da quando si è deciso di introdurre la dirigenza sanitaria "ope legis"!? Pensando di dare risposta alle corrette istanze di valorizzazione del proprio ruolo, avanzate da medici e altri professionisti del ruolo sanitario negli anni 90, abbiamo creato un "mostro", dal punto di vista giuridico e organizzativo- funzionale, attribuendo la qualifica dirigenziale, in modo indistinto, a decine di migliaia di persone che non hanno né opportunità né volontà di dirigere. Non ripetiamo questi madornali errori, mutatis mutandis, nei confronti del personale del comparto!

Per questo credo che lo spazio per un pieno e nuovo riconoscimento delle competenze, più che puntare su strumenti legislativi, debba tradursi in un ripensamento degli attuali strumenti contrattuali, anche perché dal punto di vista legislativo c'è già una legge, la 43 del 2006 non ancora pienamente attuata e quindi non c'è bisogno di legi-

ferare ulteriormente. Lo strumento contrattuale, anche se purtroppo con gli attuali blocchi contrattuali non è un'opportunità a breve termine, può garantire in modo più appropriato un giusto riconoscimento della funzione infermieristica. Funzione che ha un valore indubbiamente chiaro: è un valore sia assistenziale che organizzativo. Non mi dilungo sull'aspetto assistenziale, anche perché non rientra nel mio ambito di competenze. Mi concentro invece brevemente sull'aspetto organizzativo.

Dal punto di vista **organizzativo** non c'è dubbio che ci sia nel comparto infermieristico una forte componente gestionale, a partire da chi svolge incarichi di responsabilità (coordinatori e simili) e qui forse vale la pena ricordare che gestione del personale non è solo organizzazione dei turni, deve diventare attenzione allo sviluppo professionale di tutti i collaboratori. Chiediamoci se ci sia un' adeguata preoccupazione verso la formazione dei collaboratori, dal semplice favorire la partecipazione a certi corsi fino alla progettazione di un percorso di carriera professionale, in modo tale che le competenze di base di cui parliamo possano trovare un continuo dovuto arricchimento. E poi c'è un aspetto importantissimo del valore organizzativo che è la componente relazionale, non solo nei confronti dell'utenza ma anche all'interno dell'Azienda. Pensiamo per esempio alle dinamiche di relazione con la dirigenza medica piuttosto che con la dirigenza del Servizio Infermieristico. In questi anni è stato fatto sicuramente un investimento organizzativo, abbiamo creato un percorso, una catena gerarchica di responsabilità "parallela" rispetto a quella della dirigenza medica ed è giusto proseguire su questa strada. Non c'è dubbio che certe responsabilità rientrano nel potere dirigenziale però l'area delle professioni sanitarie ha un suo riferimento dirigenziale, laddove è presente, che non è quello della dirigenza medica. In questa logica ci sono ancora molte cose da fare: pensiamo ad esempio



alla partecipazione al processo di discussione del budget che non può non coinvolgere l'area delle professioni sanitarie, rappresentata innanzitutto dai coordinatori a livello di Dipartimento o di U.O., direttamente implicati per es. nel consumo dei materiali o nella corretta allocazione delle risorse umane.

Dal punto di vista **contrattuale**, riprendo letteralmente (perché mi sembra ancora molto attuale) quello che noi come datori di lavoro, come Regioni, dicevamo più di 5 anni fa (27 settembre 2007) fa nell'Atto di indirizzo per il CCNL 2006-2009 (che se anche molto lontano nel tempo purtroppo è l'ultimo che abbiamo fatto e l'unico che resterà in vigore per un po'!). Riporto letteralmente i quattro punti che avevamo dedicato alle problematiche delle professioni sanitarie, con particolare attenzione alla funzione di coordinamento e a quella di specialista che ancora non è disciplinata.

"Introdurre per l'area delle professioni sanitarie un sistema di specifico riconoscimento della responsabilità e autonomie organizzativo-gestionali e professionali caratterizzate da particolare complessità, rilievo aziendale e specializzazione. Tale sistema dovrà essere basato su:

1. Incarichi a tempo determinato, soggetti a verifiche e valutazioni periodiche;
2. Graduazione organizzativa e retributiva degli incarichi in funzione del diverso livello di responsabilità e autonomia;
3. Destinazione predefinita e non derogabile di quota parte del fondo di pertinenza in misura tale da garantire una remunerazione adeguata delle responsabilità e competenze professionali;
4. Riconduzione dei diversi istituti attualmente in essere (coordinamenti e posizioni organizzative) al nuovo sistema, con attenzione ai diritti acquisiti di carattere economico".

Su questa impostazione è possibile individuare anche qualche evoluzione: credo opportuno che si crei un sistema degli incarichi simile a quello della dirigenza, ossia un sistema graduato, con una pesatura come c'è nella dirigenza, in modo tale che il coordinatore di Presidio, piuttosto che di Dipartimento o di staff, abbia un certo peso rispetto magari a quello dell' U.O. o di altre figure di coordinamento impiegate nello spazio organizzativo-gestionale. Va immaginata una graduazione organizzativa alla quale associare una gradua-

zione retributiva. Occorre superare, sviluppandolo in modo significativo, l'attuale impianto, l'indennità fissa per il primo livello di coordinamento e variabile aggiuntiva per il secondo livello, che non è in grado di rappresentare la realtà dei modelli organizzativi attuali. La graduazione si farà in base al livello di coordinamento, al numero di persone da coordinare, alla complessità tecnologica, alla complessità delle prestazioni, delle relazioni con l'utenza esterna, e in base a tutti gli altri fattori in grado di darci una rappresentazione di un sistema flessibile e graduato. Noi abbiamo portato come istanza dei datori di lavoro all'ultimo rinnovo contrattuale la proposta di un sistema di graduazione delle retribuzioni in analogia a quello delle posizioni organizzative: secondo noi gli incarichi di coordinamento dovevano arrivare fino all'attuale livello delle posizioni organizzative (più pensate per l'area amministrativa e tecnica rispetto alle professioni sanitarie). Se si condivide questa impostazione, occorre investire nel prossimo rinnovo contrattuale, destinando una quota significativa dell'incremento contrattuale a disposizione. Purtroppo quasi mai riusciamo a "caratterizzare", a qualificare i contratti nazionali e di conseguenza quelli aziendali, mentre credo che sia questa la strada da percorrere, in modo che quelle poche risorse contrattuali a disposizione, vengano orientate, destinate privilegiando alcune funzioni. Bisogna avere il coraggio, senza togliere la necessità di garanzie minime per tutti i dipendenti, di fare delle scelte investendo i soldi che ci sono nelle modalità che si ritengono più remunerative per la qualificazione di tutto il sistema.

Alcune considerazioni conclusive per cercare di delineare un percorso normativo-contrattuale praticabile e coerente con il recente Accordo Stato-Regioni sulle competenze infermieristiche.

A breve termine credo si possano fare alcune cose:

1. rivedere l'interpretazione che impedisce i passaggi nella categoria D dal livello D al Ds, intendendo che non si tratti di progressioni di carriera ma di semplici progressioni orizzontali all'interno della medesima categoria: questo semplificherebbe notevolmente le possibilità di progressione economica (almeno una volta esauriti gli effetti degli attuali blocchi ex l. 122/2010);



2. attivare l'indennità variabile di coordinamento in modo più diffuso;
3. dare adeguata valorizzazione al master per l'affidamento degli incarichi di coordinamento e sviluppare un analogo percorso di master specialistici per l'acquisizione di un titolo spendibile in previsione dell'introduzione nei CCNL degli incarichi di specialista;
4. in attesa di tempi migliori, un maggior utilizzo delle posizioni organizzative, che adesso rappresentano lo strumento economico che dà la possibilità di riconoscere in modo più adeguato le funzioni di responsabilità gestionale e professionale;
5. introdurre dei sistemi di mappatura delle competenze infermieristiche, che possano dare, nero su bianco, una rappresentazione credibile ed evidente dei saperi, delle esperienze e del vissuto delle persone che lavorano in un'Azienda e possano costituire la base per una futura certificazione delle competenze a cura degli Ordini professionali e per disegnare percorsi, anche contrattuali, di carriera, anche ulteriori rispetto a quelli gestionali.

A medio termine (e qui dipende da quando riusciremo a fare i contratti):

1. un sistema graduato di incarichi di responsabilità di coordinamento e della figura di specialista;
2. un adeguato sistema di reclutamento interno per poter selezionare i profili a cui attribuire gli incarichi;

3. un conseguente significativo incremento retributivo per la fascia dei coordinatori/specialisti con quote destinate dai fondi contrattuali.

A medio/lungo termine:

1. la revisione del sistema di classificazione del personale, che va introdotta nel CCNL ma che potrebbe anche avere un iter di trattativa indipendente dal prossimo rinnovo contrattuale, per andare a riprogettare alcuni aspetti delle attuali 4 categorie, aggiungendone una quinta che vada a costituire un'area in cui confluiscono i coordinatori e le posizioni organizzative;
2. una disciplina dell'attività libero-professionale individuale che consenta di utilizzare le proprie competenze professionali per ampliare i servizi offerti ai cittadini, anche oltre il livello istituzionale.

Per l'attuazione dell'accordo Stato-Regioni sono previsti vari step, tra cui - a cura dell'istituendo Osservatorio nazionale delle buone pratiche - un'importante attività di monitoraggio e di trasmissione al Comitato di settore delle buone esperienze che saranno realizzate a livello nazionale, in modo che se ne possa tener conto nella fase di trattativa per i rinnovi contrattuali: mi sembra un approccio realista, basato sull'esperienza, che ritengo il più ragionevole e l'unico in grado di far crescere un comparto come quello degli infermieri, che è così significativo e determinante per il miglioramento complessivo del SSN 