



**XIII Congresso  
Nazionale Ipasvi**  
**Le nuove frontiere della salute**

Roma 19, 20 e 21 settembre 2002

Insero redazionale al n. 10/2002 de

**L'INFERMIERE**

**La raccolta delle relazioni**



# Sommario

<b>Il progetto degli infermieri per una sanità al servizio dei cittadini</b> Relazione introduttiva al XIII Congresso nazionale della Federazione dei Collegi Ipasvi . . . . . <i>di Annalisa Silvestro</i>	<b>4</b>
<b>La risorsa infermieristica nel Servizio sanitario nazionale</b> . . . . . <i>di Alvisa Palese</i>	<b>14</b>
<b>La filosofia del progetto manageriale della Federazione Ipasvi</b> . . . . . <i>di Franco Vallicella</i>	<b>21</b>
<b>La filosofia del progetto formativo della Federazione Ipasvi</b> . . . . . <i>di Loredana Sasso</i>	<b>21</b>
<b>Ordini e Collegi: scenari futuri</b> . . . . . <i>di Gennaro Rocco</i>	<b>39</b>

Presentare il progetto della professione infermieristica per una sanità al servizio dei cittadini: questo è stato l'obiettivo di fondo del XIII Congresso nazionale della Federazione Ipasvi svoltosi a Roma dal 19 al 21 settembre 2002.

Un obiettivo importante maturato sulla base della consapevolezza che il futuro della sanità italiana è legato alla capacità dell'intero sistema di rinnovarsi, di superare disfunzioni e disuguaglianze, di valorizzare competenze e professionalità, di garantire al cittadino risposte adeguate ai suoi bisogni.

Una sfida che è possibile vincere solo con il contributo di competenze, esperienze, idee e progettualità diverse ed integrate.

Una sfida e un dato di fatto: oggi senza il coinvolgimento degli infermieri non è possibile attuare alcuna politica di sviluppo dei servizi sanitari ovunque erogati, né garantire qualità assistenziale, né gestire la domanda di salute, né tenere in attenta considerazione la "sostenibilità" dell'intero sistema salute del Paese.

E allora noi infermieri abbiamo deciso di scendere in campo e di utilizzare la platea dell'evento professionale più importante – il nostro XIII Congresso nazionale – per illustrare il nostro progetto e per proporre soluzioni concrete ai molti problemi di cui soffre la sanità italiana.

Tra i molti contributi presentati, che costituiscono un patrimonio a cui attingere per l'elaborazione delle strategie professionali del prossimo futuro, pubblichiamo in questo numero speciale de *I Quaderni* le relazioni che tracciano le linee di fondo del progetto Ipasvi nei suoi agganci con l'esercizio professionale, con l'organizzazione della funzione assistenziale infermieristica, con il processo di formazione dei futuri professionisti e di coloro che professionisti sono già, con la rappresentanza professionale.

Il governo e la valorizzazione del patrimonio professionale infermieristico non può che realizzarsi attraverso precise strategie gestionali, il pieno riconoscimento della specificità dell'intervento infermieristico, l'attribuzione di funzioni proprie e di competenze declinate in relazione alla situazione dell'assistito, la valorizzazione dell'assistenza nella sua stretta interazione con la clinica.

E allora... buona lettura, con l'auspicio del contributo di tutti perché la riflessione e l'analisi critica di quanto proposto diventi base per un arricchimento sempre più significativo e consapevole del nostro essere infermieri.

*Annalisa Silvestro*

*Presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi*

# Il progetto degli infermieri per una sanità al servizio dei cittadini

## Relazione introduttiva al XIII Congresso nazionale della Federazione dei Collegi Ipasvi

di Annalisa Silvestro\*

Un cordiale benvenuto agli ospiti e un affettuoso saluto ai colleghi presenti in sala.

Mi accingo a qualcosa di molto importante e impegnativo: la presentazione della relazione congressuale, che ha fra i suoi obiettivi anche quello di tracciare il nostro percorso futuro.

La significatività di una relazione congressuale vale in assoluto, ma vale in modo particolare per il nostro congresso. Perché il nostro congresso è di per sé un fenomeno straordinario. Fino ad oggi, probabilmente, poco analizzato come evento di così eccezionale valenza professionale, sociale e politica.

Quale altra assise può contare su un'adesione volontaria di tante persone che sostengono autonomamente i costi e gli oneri della loro partecipazione? Quali altre manifestazioni professionali, ma anche politiche o sindacali, possono testimoniare un livello di attenzione e sensibilità, attiva come la nostra? Quali altre realtà associative possono annoverare una tale platea di confronto e di dibattito? Senza alcuna paura di essere smentita ritengo che non ve ne siano, né tra le altre professioni, né in politica, né nel sindacato.

Ho voluto iniziare con questa dichiarazione di orgoglio perché, prima di ogni altra cosa, voglio fortemente dire da questa sede che sono orgogliosa di essere un'infermiera.

E lo dichiaro con tanta forza perché sono certa di condividere un pensiero comune; ossia l'orgoglio di essere quello che siamo: professionisti della salute autonomi, autorevoli, indispensabili. Tutto questo lo dobbiamo soprattutto a noi stessi. Alla nostra caparbietà e alla nostra profonda convinzione di essere nella strada che ha fatto sì che, una dopo l'altra, fossero abbattute quelle barrie-

re anacronistiche che impedivano la piena maturazione della professione infermieristica anche in Italia.

Oggi la nostra professione è una realtà incontestabile:

- lo è sul piano dell'iter formativo,
- lo è sul piano dello status giuridico,
- lo è sul piano dell'autonomia professionale.

Dobbiamo impegnarci ancora sul piano della effettiva responsabilizzazione all'interno delle strutture sanitarie in cui operiamo e sul piano del riconoscimento economico. Ma anche questi aspetti diventeranno realtà. Responsabilizzazione piena e altrettanto pieno riconoscimento economico sono due obiettivi fondamentali per ottenere il completo riconoscimento del ruolo, della funzione e della professionalità dell'infermiere italiano.

Ho volutamente anticipato questi due obiettivi proprio a significare la concretezza del nostro impegno e l'estremo realismo nell'analisi della nostra situazione. L'infermiere deve diventare un punto di riferimento primario per l'attuazione di qualsiasi politica di sviluppo dei servizi sanitari. Dobbiamo, in altri termini, essere a tutti gli effetti un pilastro portante del "sistema salute italiano" nei suoi diversi gangli: dall'ospedale, al territorio, all'assistenza domiciliare. E ciò sul piano dell'assistenza, ma anche della programmazione, della gestione e dell'organizzazione dei servizi.

In questi tre anni di mandato ho avuto modo di visitare tante realtà del Paese. In molte di queste, già da oggi, senza di noi il sistema sanitario crollerebbe come un palazzo costruito sull'argilla. Senza l'impegno, la concretezza, le capacità e la dedizione di tanti colleghi, non reggerebbero servizi, dipartimenti, moduli. Non si rispetterebbero gli impegni assunti in fase di bilancio.

Di questo, però, non c'è compiuta consapevolezza da par-

\* Presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi

te degli amministratori, da parte dei medici e degli altri operatori, da parte dei cittadini. E a volte, lo dico con rammarico, non c'è piena consapevolezza neanche da parte nostra.

Invece, lo ripeto, ho toccato con mano tante situazioni dove l'intero sistema sanitario si reggeva sulle spalle degli infermieri. Ma c'è di più. In molti casi è proprio l'infermiere la figura professionale più idonea per assumere direttamente la responsabilità di gestione di determinati servizi e settori. Penso ai distretti, ai servizi di assistenza domiciliare, alle residenze sanitarie, a quell'insieme di funzioni connesse con la gestione del malato in ospedale: dall'accoglienza, al ricovero, alle dimissioni e al periodo di convalescenza domestica.

Ma penso anche a quegli snodi cruciali della vita sanitaria, come la comunicazione interna, la gestione delle liste di attesa, il coordinamento delle attività multidisciplinari, il controllo di qualità, i rapporti con i cittadini e così via, nei quali l'infermiere può e deve avere un ruolo primario. Anche questi sono obiettivi concreti, giusti, necessari che aprono a una visione manageriale della nostra professione, che rappresenta senza dubbio uno dei prossimi grandi traguardi da raggiungere.

A questo punto vi chiederete se tutto questo è possibile, se questi obiettivi potranno trovare attuazione domani e non tra vent'anni, se la realtà attuale del sistema sanitario italiano è tale da costituire l'humus adeguato per vederli svilupparsi. La risposta non è univoca e richiede un opportuno approfondimento della politica sanitaria, e non solo sanitaria, di questi ultimi anni.

## Dalla "riforma ter" al federalismo sanitario

L'analisi non può che partire da ciò che ha rappresentato, per il sistema sanitario italiano, il decreto legislativo n. 229 del 1999, approvato nella precedente legislatura. Decreto più noto come "riforma ter" o "riforma Bindi". Abbiamo più volte ribadito come, al di là di alcune criticità, il 229 costituisca un opportuno, deciso richiamo a quelle logiche di universalità e solidarietà che avevano ispirato la prima riforma sanitaria del 1978. Detto questo dobbiamo tuttavia constatare che il 229 sembra destinato a una sorta di oblio attuativo, tant'è che qualche autorevole membro dell'attuale maggioranza ha addirittura parlato di una vera e propria "eutanasia legislativa" per quel provvedimento, tanto discusso quanto poco verificato sul campo.

Il precedente Parlamento, insieme al 229 e prima della fine della legislatura, aveva approvato anche la riforma del

titolo V della Costituzione. La riforma di quel titolo della Costituzione ha introdotto significative modifiche agli assetti istituzionali della Repubblica e ha avviato il processo di trasformazione, in chiave federalista, dello Stato. La sanità, insieme ad altri importanti settori quali l'istruzione, la tutela della salute dei lavoratori, la ricerca scientifica, le politiche ambientali, è stata inserita tra le materie a "legislazione concorrente". Le Regioni sono così state poste in una condizione di pari potestà legislativa con lo Stato centrale.

Con l'avvio del federalismo sanitario, sancito nell'accordo Governo-Regioni dell'agosto 2001, la sanità italiana entra in una nuova fase di cui ancora oggi non sono del tutto chiare le prospettive in termini di uguaglianza del diritto alla salute, di salvaguardia dei principi di solidarietà legati al finanziamento e di uniformità nei modelli assistenziali tra una Regione e l'altra.

Una situazione che ha già prodotto evidenti disomogeneità, anche se per il momento limitate quasi esclusivamente all'assistenza farmaceutica, ma che teoricamente potrebbe effettivamente portare a un sistema sanitario fortemente differenziato. E questo desta forte preoccupazione nell'opinione pubblica e nel mondo delle professioni sanitarie. Non a caso le professioni sanitarie hanno voluto dar vita a un Comitato di sostegno e rilancio del Servizio sanitario nazionale, cui ha aderito anche l'Ispasvi.

Con questo non vogliamo in alcun modo disconoscere la validità della scelta federalista. Riteniamo tuttavia che essa debba restare ancorata a una visione, dove le differenze rappresentano una ricchezza di esperienze da condividere e sperimentare; non un fattore di radicalizzazione delle disuguaglianze a tutto svantaggio delle realtà più disagiate del Paese.

In tal senso riteniamo che vadano rafforzate e perfezionate le prerogative dello Stato centrale, attraverso i livelli essenziali di assistenza e attraverso forme specifiche di controllo e verifica. E per una verifica "terza" e rigorosa è necessario un organismo *super partes*, che non può che essere un'autorità nazionale: il Ministero della salute o l'Agenzia dei servizi sanitari regionali.

Un'autorità nazionale alla quale occorre attribuire nuovi e più pregnanti poteri di monitoraggio, di intervento, di supporto e di sostegno nelle situazioni più delicate.

In ogni caso gli infermieri italiani non hanno dubbi: il Servizio sanitario nazionale rappresenta una indiscutibile conquista di civiltà e di sviluppo per il Paese.

Il Servizio sanitario nazionale ha dimostrato di poter esse-

re anche elemento di unificazione e crescita del valore di cittadinanza, dal Nord al Sud della penisola, nelle Isole.

Abbandonare tale via per tornare verso opzioni dove, nel campo della salute, prevalga l'aspetto assicurativo rispetto a quello di welfare, rappresenterebbe un pericoloso e ingiustificato ritorno verso un sistema che ha lasciato dietro di sé:

- deficit colossali,
- discriminazioni inaccettabili nei diritti tra una categoria e l'altra di cittadini,
- scarsa o nulla capacità di crescita in termini di *know how* scientifico e professionale degli operatori.

Cosa diversa è ventilare ipotesi di parziali aperture a forme integrative di assistenza per taluni settori, come quello della tutela degli anziani non autosufficienti o dei malati cronici. Per tali settori, infatti, occorre effettivamente individuare soluzioni concrete, che non sembrano poter trovare sbocco nelle persistenti ristrettezze finanziarie del Servizio sanitario nazionale.

Anche in questo caso, comunque, riteniamo che la logica ispiratrice di tali nuove forme di organizzazione dell'assistenza, debba essere sempre orientata nello spirito della solidarietà contributiva, senza discriminazioni di sorta tra i cittadini.

### La sostenibilità del sistema e la sfida dell'appropriatezza

Sarebbe tuttavia miope sviluppare l'analisi sulle attuali tendenze e prospettive delle politiche in materia sanitaria, senza affrontare le tematiche della spesa e del finanziamento del sistema e quindi della sua sostenibilità economica.

Tali problematiche, dobbiamo riconoscerlo, hanno trovato sino ad oggi un'attenzione parziale da parte della nostra professione. Ciò è conseguenza di un retaggio storico pesante che ha recluso per decenni il nostro operato e la nostra iniziativa professionale nell'ambito circoscritto dell'azione categoriale.

È chiaro che ognuno di noi, come operatore sanitario e come cittadino, ha seguito sempre con attenzione la persistente emergenza finanziaria che ha contraddistinto l'intero arco esistenziale del Servizio sanitario nazionale.

È mancata però la consapevolezza della necessità di scendere in campo direttamente nella ricerca di soluzioni e opzioni utili al governo delle risorse e alla corretta gestione delle stesse.

Oggi, se vogliamo effettivamente agire da professionisti della salute, da primi attori nei gangli decisionali del si-

stema, da manager dell'assistenza sanitaria, non possiamo che raccogliere in prima persona questa sfida, ponendo sul tavolo tutta la nostra esperienza maturata in anni di sviluppo e di sperimentazione di nuove modalità gestionali e organizzative.

Penso che, per tradurre tale volontà in azioni concrete, sia in primo luogo necessario riorientare il modo stesso di affrontare il problema delle risorse e della loro penuria.

Fino ad ora l'approccio al nodo della scarsità di mezzi finanziari a fronte della crescita costante della domanda di salute, è stato nell'alternativa "più tasse o più tagli". Il risultato è stato quello di ridurre il grande tema del finanziamento della salute a un gioco ragionieristico finalizzato al mero pareggio dei conti a prescindere dai risultati. Un approccio che ha trovato il suo periodo aureo nei primi anni '90 e la sua cornice legislativa nei decreti legislativi 502 e 517 che hanno dato il via alla cosiddetta aziendalizzazione del sistema.

A distanza di dieci anni dobbiamo constatare che l'imprinting economicistico sotteso a quei provvedimenti ha di gran lunga prevalso su un approccio più complesso.

Su un approccio, cioè, in grado di porsi l'obiettivo non tanto del mero pareggio a fine anno, quanto di una corretta gestione della domanda di salute, sulla base di predefinite disponibilità economiche.

Sembra un gioco di parole, ma tra le due logiche, quella del pareggio a prescindere dal come e quella della selezione della domanda con lo strumento dell'appropriatezza assistenziale, c'è un abisso di cultura e di modelli gestionali.

Con il decreto legislativo n. 229 e con il varo del primo provvedimento legislativo sui livelli essenziali di assistenza, l'appropriatezza è entrata finalmente nel lessico del legislatore. Ora si tratta di applicare e realizzare l'appropriatezza, cosa più facile a dirsi che a farsi.

Ma è proprio a partire da questa nuova visione che la professione infermieristica può finalmente acquisire nuove funzioni e offrire nuove opportunità al sistema.

Non sono chiacchiere, care colleghe e cari colleghi. L'analisi dei bilanci di decine di aziende sanitarie, dove sono stati attuati nuovi modelli di gestione e nuovi schemi funzionali, affidandoli alla responsabilità primaria dell'infermiere, mostra una straordinaria capacità di contenimento dei costi, unita a una crescita della soddisfazione dei cittadini.

Mi riferisco in primo luogo alla rete dei servizi territoriali di filtro e alternativa al circuito ospedaliero, al servizio farmaceutico, ma anche a diverse modalità di approccio

interne alla vita dell'ospedale. I medici da tempo rivendicano, giustamente, il cosiddetto "governo clinico" nelle aziende sanitarie e ospedaliere. Ha scritto recentemente il segretario nazionale di un'importante associazione medica: "il processo di aziendalizzazione non può sottrarsi alla necessità di reclutare le intelligenze professionali alla *mission* aziendale intesa come il perseguimento di obiettivi istituzionalmente definiti – ossia fornire un servizio di buona qualità – al di là della semplice logica del pareggio di bilancio, puro strumento e non fine ultimo del Servizio sanitario nazionale".

Sottoscrivo pienamente quest'affermazione. Ma aggiungo: cari medici pensate di potercela fare senza di noi? Pensate di poter tenere ancora in piedi il sistema con una gamba sola? Mi auguro e penso di no!

Per questo ritengo siano maturi i tempi per una grande alleanza dei professionisti della salute. Una grande alleanza in primo luogo tra medici e infermieri, per superare definitivamente quella che è in molti casi una vera e propria direzione solitaria, a favore di una piena assunzione di ruoli e responsabilità direttive e gestionali, con un ruolo di primaria importanza per la professione infermieristica.

## Dall'ospedale al territorio: una scelta irrinunciabile e non rinviabile

In questa prospettiva, riteniamo siano maturi i tempi per avviare quel profondo processo di razionalizzazione della rete sanitaria che favorisca, a sua volta, lo sviluppo della rete dei servizi territoriali in tutte le Regioni italiane. Fino ad oggi, nonostante diversi tentativi, solo in poche realtà del Paese si è arrivati vicini al giusto equilibrio tra le due grandi reti del sistema. Nella maggior parte dei casi, laddove nell'opera di razionalizzazione ha prevalso ancora una volta la logica del risparmio e del taglio dei costi fine a se stessa, la società civile, ma anche il mondo delle professioni, ha opposto resistenza.

Creare la rete dei servizi territoriali non può essere tradotta nella semplice chiusura di un ospedale piccolo e antiquato. Perché in una comunità ristretta quel presidio rappresenta comunque una ricchezza, una sponda di serenità, di fronte alla malattia.

Prima di chiudere occorre "aprire":

- aprire i distretti,
- aprire i Centri di salute mentale sul territorio,
- aprire l'assistenza domiciliare,
- aprire le residenze sanitarie,
- aprire gli hospices.

Occorre creare la rete di comunicazione e interazione tra servizi diversi, impegnarsi sulla continuità assistenziale, sostenere le sinergie tra risorse e professionalità e creare, quindi, nuove linee di sviluppo dei servizi e non una loro costrizione.

Fare rete, agire nella logica della rete significa, infatti, far sì che la persona sia finalmente e veramente il centro di un sistema che offre la risposta giusta e appropriata in ogni momento. La straordinaria ricchezza rappresentata dai 320 mila infermieri italiani può diventare, in questo senso, lo strumento risolutivo per la creazione di un nuovo modello di sanità strutturato sulla centralità del cittadino e sull'appropriatezza delle cure. Un sistema che si integra appieno:

- con la nuova logica federalista,
- con la possibilità di modellare e plasmare il proprio servizio sanitario,
- con la ricerca di armonie con le proprie peculiarità sociali, economiche e territoriali.

Un sistema che rende fattibile un'articolazione dei servizi finalmente mirata e personalizzata sull'identikit dell'utenza cui ci si rivolge.

## Il percorso della professione: la conquista dell'autonomia e le nuove sfide per il pieno riconoscimento del ruolo infermieristico

Se oggi siamo in grado di porre questi obiettivi all'ordine del giorno della nostra agenda professionale, lo si deve alle conquiste ottenute dalla categoria in questi ultimi anni. Con la legge n. 42 del febbraio 1999, è finalmente crollato il nostro "muro di Berlino"; un muro che ci aveva chiuso per decenni nell'angolo di una funzione ausiliaria, regolamentata minuziosamente in un mansionario che ha tarpato le ali alla nostra vera identità.

La caduta di quel muro ha consentito il fiorire di una stagione di iniziative professionali culminata con la legge n. 251 dell'agosto 2000, che ha sancito la conquista della dirigenza e ribadito il nuovo corso di studi universitari necessario al conseguimento dell'abilitazione professionale. Oggi siamo professionisti, autonomi, con possibilità di percorso di carriera specifico fino alla dirigenza e alla docenza.

Il bilancio di questa stagione di impegno forte non può pertanto che essere positivo. Ma, lo evidenziavo all'inizio, restano ancora molti passi da compiere. Passi per il raggiungimento di un nuovo status della professione che ponga l'infermiere italiano in linea con l'evoluzione professionale attuata dai colleghi in altre nazioni.

Dobbiamo ancora e fortemente investire nella valorizzazione della professione per richiamare i giovani verso l'acquisizione della laurea in infermieristica e quindi:

- perché si comprenda la necessità che siano infermieri a formare i futuri infermieri e coloro che infermieri lo sono già,
- perché sia evidente che l'assistenza non può che essere governata da coloro che ne sono responsabili anche per legge: gli infermieri,
- perché sia evidente e apprezzata un'assistenza infermieristica di qualità,
- perché i cittadini comprendano sempre di più che è l'infermiere il professionista sanitario che è costantemente vicino a loro, 24 ore su 24, in ogni luogo, in ogni situazione e sempre con competenza ed empatia;
- per compiere una decisa accelerazione nelle politiche che favoriscono lo sviluppo di una rete capillare di opportunità formative per lo sviluppo delle scienze infermieristiche;
- per attivare collaborazioni con le regioni, le aziende sanitarie, le società scientifiche e le istituzioni pubbliche e private per garantire la realizzazione e la promozione dell'Educazione continua in medicina (Ecm). A tal proposito ricordo che abbiamo ottenuto l'inserimento di un nostro rappresentante nella Commissione nazionale di Educazione continua in medicina del Ministero della Salute;
- per rafforzare il ruolo dei Collegi quali garanti primari della corretta individuazione delle diverse tipologie di fabbisogno formativo, della qualità dei contenuti e della certificazione dell'acquisizione dei crediti Ecm;
- per implementare la ricerca infermieristica, consolidando e rafforzando i rapporti con istituzioni, associazioni e società scientifiche italiane ed estere;
- per diffondere il pensiero della professione sui temi etici e deontologici, affinché l'intera società possa confrontarsi su problemi e dilemmi relevantissimi. Cosa che sarà indubbiamente facilitata dall'inserimento della nostra professione nel rinnovato Comitato nazionale di bioetica;
- per mantenere un costante e sistematico stimolo per il raggiungimento di adeguati, concordati e omogenei livelli di assistenza infermieristica;
- per ottenere la definizione di un non più rinviabile provvedimento programmatico per il raggiungimento, in tutto il sistema sanitario italiano e in tempi certi, di predefiniti standard assistenziali infermieristici;
- per avviare, da subito, il confronto con il Ministero del-

la Salute, con le Regioni e con il Ministero dell'Università, al fine di individuare gli ambiti per un nuovo ruolo della professione. Un ruolo, distribuito su diversi livelli e declinato:

- sul terreno dell'assistenza generale e specialistica,
- sul terreno della dirigenza di strutture semplici e complesse,
- sul terreno della direzione strategica e del governo dei processi di assistenza,
- sul terreno della docenza universitaria e dei dottorati di ricerca,
- per l'attivazione della Facoltà di Scienze infermieristiche;
- per sostenere una significativa revisione dell'istituto contrattuale, ancora troppo in ritardo sia sugli aspetti normativi sia su quelli economici, rispetto all'evoluzione della professione infermieristica. Devono essere necessariamente ridefinite le modalità di sviluppo di carriera, sia nell'ambito delle funzioni assistenziali di base e specialistiche, sia nell'ambito delle funzioni manageriali, declinate su due livelli di dirigenza.

### I nuovi scenari di politica sanitaria

Per tutti i quindici mesi di vita dell'attuale Governo, la sanità è stata spesso al centro del dibattito e delle polemiche all'interno e all'esterno del Parlamento. Da quelle sulla spesa farmaceutica e sui ticket, a quelle recentissime sulle nuove mutue. Per non dire anche della storia infinita sulle liste di attesa o sulla libera professione dei medici. Una storia infinita che dovrà confrontarsi con un'altra storia: quella della libera professione infermieristica, di cui si dovrà pur parlare!!!

A fronte di tanto attivismo mediatico e di tanta verve polemica, bisogna tuttavia riconoscere che non si registra un'altrettanto vivace attività legislativa. Il bilancio di un anno e poco più di governo fa registrare, infatti, solo due significativi provvedimenti: quello del novembre del 2001, contenente i livelli essenziali di assistenza da garantire su tutto il territorio nazionale, e la legge n. 1 del 2002, altrimenti nota come la legge sull'emergenza infermieristica.

Per il resto il Governo non si è ancora espresso con evidenza e chiarezza sulla via da intraprendere per il rilancio dell'assistenza sanitaria.

Anche in vista della prossima legge finanziaria, il dibattito estivo si è avviluppato sulla questione dell'emergenza economica che sta attanagliando il Paese. E tutto lascia supporre che assisteremo a un braccio di ferro tra i fau-



tori di un robusto taglio alla spesa sanitaria e i sostenitori della necessità di mantenere i patti con le Regioni, garantendo l'incremento delle risorse per il Ssn. Apparentemente nulla di nuovo sotto il sole, rispetto alle storiche e abituali trattative tra ministri, da sempre sviluppatesi in vista delle leggi finanziarie.

Tutto come sempre, dunque? Un vecchio proverbio, che a dire il vero non amo neanche troppo, mi sembra dicesse che "a pensar male non si sbaglia mai". Confesso che mi è tornato spesso in mente in questi ultimi tempi quando sento parlare, con troppa e reiterata enfasi, che in questo Paese si spende troppo per la sanità, ci sono troppi sprechi, manca la concorrenza, serve più efficienza, il Ssn è un vecchio carrozzone da buttare e via di questo passo. Spesso osservazioni come queste, oltretutto, non vengono supportate da dati e analisi e dalla contestuale illustrazione di un progetto alternativo. Testimoniano quindi un diffuso e trasversale sentimento di insofferenza verso un sistema sanitario che, seppur con le difficoltà e le disomogeneità che ancora lo caratterizzano, ha consentito all'Italia di compiere passi avanti straordinari nelle politiche di tutela della salute.

Eppure ... se spostiamo l'attenzione dal centro della politica nazionale alle tante realtà locali scopriamo che nelle 20 Regioni italiane non si respira la stessa aria e la stessa visione di sanità.

Dall'esame dei primi piani sanitari varati in coincidenza o dopo la riforma federalista, si scopre che lo spettro di una sanità a 20 velocità sta assumendo, repentinamente, i contorni della realtà. L'abbiamo già affermato.

Non ci spaventano le differenze, né i possibili diversi approcci per la soluzione dei tanti problemi della sanità. Quello che ci spaventa è questa sconcertante corsa all'autarchia regionale, che rischia di creare disorientamento e disparità tra i cittadini e disagio tra gli operatori. Infatti:

- una cosa è la previsione di un grande laboratorio di esperienze da maturare nelle varie realtà, da porre costantemente a confronto per verificare le diverse opzioni e le relative performance – il famoso *benchmarking* – mantenendo però una visione comune sugli obiettivi e sui diritti di accesso al sistema;
- una cosa è la realizzazione di una totale autonomia regionale, che impegni le regioni al solo vincolo di garantire, comunque, una qualche forma di copertura sanitaria ai propri cittadini, staccandosi però completamente da qualsiasi quadro di riferimento e confronto con il resto del Paese.

Il rischio che si rafforzi questa ultima ipotesi c'è, e per evitarla non bastano le dichiarazioni di fedeltà e di non smantellamento del Ssn, esternalizzate da tanti autorevoli personaggi. Occorre che l'attuale impianto federalista, scaturito dalla riforma del titolo V della Costituzione, sia completato con l'individuazione chiara di quegli ambiti di interesse nazionale ove è necessario che lo Stato mantenga il suo potere di controllo e vigilanza. E la sanità è uno di questi ambiti.

Tornando all'esame delle linee di intervento sulla sanità previste nel Dpef, non è sfuggita l'attenzione posta al problema delle persone anziane non autosufficienti e dei malati cronici.

Si tratta di due realtà esponenzialmente in crescita in tutti i Paesi avanzati e con le quali sarebbe assurdo non fare i conti il prima possibile. La soluzione ventilata nel Dpef è quella dell'avvio di forme mutualistiche integrative e/o sostitutive, sulle cui caratteristiche ancora non esiste un documento di proposta ufficiale. In attesa di conoscere i contenuti organici della proposta del Governo, sempre che essa non sia, come già detto, rinviata sine die o ritirata, registriamo la controproposta dell'opposizione per l'istituzione di un fondo apposito per l'assistenza agli anziani e ai malati cronici da finanziare attraverso la fiscalità generale, mantenendo i nuovi servizi di assistenza sotto l'egida del Ssn.

Ambedue le ipotesi meritano rispetto e attenzione:

- quella governativa, che al di là dei dettagli operativi sembra aprire a una visione complementare delle nuove mutue,
- quella dell'opposizione, per un arricchimento delle risorse pubbliche per fronteggiare l'emergenza terza età. Anzi ritengo che, per la prima volta dopo tante e spesso sterili polemiche, il Paese abbia l'occasione di interrogarsi, in modo trasparente, su quale modello di sviluppo del welfare sanitario ci si voglia orientare.

Per parte nostra ribadiamo che:

- l'ipotesi di un fondo straordinario a natura fiscale ci trova favorevoli,
- che è dubbia la reale attivazione di tale fondo stante la più volte reiterata volontà di ridurre e non aumentare il carico fiscale delle famiglie,
- c'è disponibilità degli infermieri a ipotesi alternative purché restino ancorate a logiche di universalità e solidarietà.

Per quanto riguarda le politiche di finanziamento del sistema sanitario, pensiamo che sia tempo di abbandonare, una volta per tutte, quella visione economicistica del-

la sanità da cui discende una concezione della spesa sanitaria, quale mero elemento di aggravio sui conti dello Stato.

In un Paese avanzato, con un'economia forte a livello mondiale e con un grado di civiltà dei diritti alto, qual è l'Italia inserita nell'Unione Europea, sono maturi i tempi per considerare il comparto sanitario un grande e straordinario fattore di ricchezza e di sviluppo. Sono consapevole che ciò non potrà essere preso in considerazione in questa stagione finanziaria per i ben noti motivi internazionali e nazionali, ma è auspicabile che sia avviato, sin d'ora, un vero e proprio sforzo di analisi progettuale finalizzato a porre le basi per un grande piano straordinario di investimenti e rilancio del comparto.

Il sistema sanitario rappresenta, infatti, un patrimonio di uomini, tecnologia, servizi, strutture e infrastrutture, industrie e *know how* tale, da fare della sanità il settore pubblico a più alto impatto economico, occupazionale, di innovazione e valenza sociale del Paese. Non cogliere tale elemento, avviando una seria politica di investimento e potenziamento della rete di assistenza e del *network* di servizi ad essa correlata, sarebbe un grande errore e una imperdonabile occasione mancata.

### Quale sanità nell'Italia federalista ed europea

A fronte di queste opzioni, del resto già avviate con successo in altri Paesi dove la sanità viene giustamente considerata tra i settori del terziario avanzato a più alta produttività e redditività, dobbiamo constatare come il livello del dibattito e dell'analisi sul terreno delle possibili strategie per il futuro della sanità italiana resti inchiodato su binari morti. Non penso sia un problema di capacità, né di mancanza di esperienza. Anche da noi, fortunatamente, esistono molte realtà che hanno già trasformato il servizio sanitario locale in un'azienda etica ad altissimo valore economico e sociale. Il problema è che manca il "cuore"; il cuore e la passione. E con essi, quel sentire comune, quella forza sociale e politica che unisce, dà fiducia, spinge al cambiamento e al miglioramento delle cose.

La classe medica demotivata da anni di stagnazione professionale, nei quali non è riuscita a dare valore a una visione diversa e nuova del medico, bloccata nella ricerca della razionalizzazione, dell'evidenza e della qualità, dal continuo arrivo di nuovi medici a cui trovare un'occupazione (non dobbiamo dimenticare che siamo la nazione europea con il più alto numero di medici per abitante) e impegnata nel superamento di un'eccessiva frammenta-

zione interna, pur essendo una fra le principali arterie del sistema sanitario, langue, non ha spinta, non entusiasma e non coinvolge.

I manager della sanità vivono da anni una sofferenza interna tra il sentirsi portatori di nuovi valori – quelli dell'efficienza, dell'impresa, della competitività – e il constatare come tali valori e le relative competenze, poco o nulla riescono a muovere nel grande pianeta del Ssn.

Per contro, dobbiamo registrare che negli ultimi anni la sanità ha conquistato un ruolo primario nell'ambito del dibattito e dello scontro politico. Sia a livello locale che nazionale, essa occupa ormai un posto di primo piano nei programmi elettorali di tutti gli schieramenti. Manca però, anche in questo caso, una spinta vera, forte, convinta, per far crescere attorno al proprio progetto il necessario consenso e l'indispensabile condivisione tra i cittadini e gli operatori del settore. I recenti casi, che hanno portato la gente in piazza, in Puglia e in altre Regioni contro l'ipotesi di chiusura dei piccoli ospedali, sono una semplice ma utile conferma di quanto sto sostenendo. Prima di chiudere, bisogna aprire. Prima di tagliare, occorre investire.

Per trasformare l'attuale assetto del sistema sanitario italiano, ancora troppo ospedalocentrico, non si può intervenire con l'accetta, senza aver prima costruito il consenso su un progetto che dimostri nei fatti di essere migliore dell'attuale. Su questo piano centro e periferia del Paese compiono spesso gli stessi errori. Per la sanità, come per l'istruzione o la previdenza e per tutti gli altri settori dove l'interesse che si tocca è quello primario delle persone, la politica deve riappropriarsi del suo ruolo antico che è quello della discussione, del coinvolgimento, della effettiva rappresentanza della società in cui si vive ed opera.

Oggi, la politica – anche la nostra politica – deve riuscire a produrre idee e proposte forti e coinvolgenti. Ci si avviluppa, senza costruito, su aspetti specifici, anche drammatici, come possono essere le liste di attesa troppo lunghe, ma certamente non tali da caratterizzare tutto un sistema sanitario. Basti pensare che un Paese modello, ad esempio, come l'Olanda il cui sistema sanitario è stato spesso citato a paradigma della buona sanità, ha nelle liste d'attesa il suo punto di crisi maggiore. In quel caso non si è stati mai tentati di buttare il bambino insieme all'acqua; si è studiato il caso, si sono sperimentate le soluzioni. Da noi, una lista d'attesa eccessiva diventa motivo di messa in discussione di tutto il sistema e, cosa veramente grave, senza proporre valide e compiute alter-

native. Insomma: medici in crisi d'identità, manager sopraffatti da regole e finalità diverse, politici ricchi di promesse e ingarbugliati nella loro realizzazione.

Serve un colpo d'ala.

Noi infermieri riteniamo di poter essere il soggetto, la forza professionale e umana in grado di dare questa spinta. Per riaccendere la classe medica, per riportare l'agire del manager sul terreno della vera mission di un sistema sanitario, per inchiodare i politici di fronte ai loro impegni e alle loro responsabilità.

Perché proprio noi?

- perché siamo, siete entusiasti del nostro lavoro,
- perché siamo, siete motivati a cambiare lo stato delle cose per noi e per gli altri,
- perché stiamo crescendo e vogliamo ancora crescere, in ruolo, in responsabilità, in soddisfazioni, in visibilità.

Mi rendo conto di fare affermazioni forti, che potrebbero essere ritenute ai confini della presunzione. Ma penso che è giunto il momento di dirle queste cose, di farle uscire dalle nostre riunioni interne, dalle conversazioni che facciamo tra di noi quando vediamo le cose andare male e non ne possiamo più.

Detto questo, e chi ci conosce lo sa bene, non siamo né pazzi né velleitari, non pensiamo di poter cambiare il mondo da soli. I medici, ma anche gli altri operatori, i manager, i politici, i funzionari delle Regioni e del Ministero della Salute, le industrie produttrici di farmaci e tecnologie, gli scienziati e, prima di tutti, i cittadini sono gli altri attori indispensabili per il cambiamento. Ma serve appunto una spinta. E quella spinta pensiamo di poterla dare noi, ponendoci il compito di entrare nella stanza dei bottoni del sistema e dimostrando nei fatti che le cose possono cambiare.

## La sanità che vorremmo

Cambiare, ma in quale direzione? Penso di aver già sottolineato diverse volte che la nostra visione di sanità coincide con l'esistenza di un servizio sanitario nazionale:

- basato sulla solidarietà fiscale;
- sull'uguaglianza dei diritti per i cittadini, indipendentemente dal reddito, dall'anagrafe e dalla residenza.

Quando usiamo il verbo "cambiare", non intendiamo una modifica dell'impianto del sistema ideato con la legge di riforma del 1978, quanto un'assunzione di responsabilità da parte di tutta la Nazione per attuare finalmente quelle soluzioni mirate al superamento delle disfunzioni, delle disuguaglianze e delle arretratezze ancora presenti in larga parte del territorio italiano. Il federalismo, in que-

sto senso, può diventare lo strumento principe per snellire decisioni e svincolare finanziamenti e risorse, da troppi passaggi burocratici. Il tutto al fine di consentire alle singole realtà locali, di compiere quei passi avanti verso una decisa ristrutturazione del proprio Servizio sanitario. Occorre però, che sia mantenuta una visione unitaria, una regia comune che consenta di confrontare e scambiare esperienze, errori, successi. Occorre anche, abbandonare sul nascere quella pericolosa tendenza "dell'ognuno per sé", che porta più allo scontro, che al sereno e necessario mix di soluzioni da adottare per risolvere problemi comuni in situazioni differenti. Quello che ci attendiamo, da parte dello Stato centrale, del Governo e del Parlamento, è una presa d'atto della volontà della stragrande maggioranza degli italiani di avere un servizio sanitario efficiente, moderno, con pari diritti e modalità d'accesso ai servizi, nella convinzione che, se saremmo in grado di dare tutto ciò, avremo anche l'appoggio dei cittadini per aumentare gli investimenti e le risorse da destinarvi.

Senza questa rivoluzione non è pensabile, nelle condizioni attuali, di chiedere dibattito, sostegno e collaborazione per la sanità. La gente è disposta a pagare di più per la tutela della salute, ma a patto di avere un servizio migliore e al passo con le aspettative oggi offerte dalla scienza e dall'innovazione scientifica e terapeutica.

Al Governo, allora, proponiamo di abbandonare quella sorta di ambiguità sul futuro del Ssn, sposando altresì la mission di rilanciarlo e di farne un fiore all'occhiello dell'Azienda Italia. Come ho già sottolineato, da tale investimento potranno addirittura nascere nuove opportunità economiche e occupazionali, facendo finalmente della sanità non un mero fattore di spesa per la collettività, ma un elemento portante dello stesso sviluppo complessivo del Paese.

In questo straordinario impegno, che ha tutti i crismi per essere inserito in quel piano delle grandi opere di cui tanto si parla, gli infermieri italiani sono pronti a fare la loro parte assumendosi carichi nuovi e importanti nella gestione e nell'organizzazione dei servizi assistenziali, nei diversi ambiti di competenza della nostra professione.

Così operando sarà anche possibile sperimentare nuove modalità gestionali e organizzative in uno spirito di ricerca del meglio, a partire dalla definizione di precisi traguardi da raggiungere nel segno dell'appropriatezza delle cure e della umanizzazione.

Fantascienza? No! Si tratta di una via possibile, già intrapresa in tante piccole situazioni, che ha bisogno però di

una spinta decisa per diventare la via maestra da seguire tutti insieme.

### La centralità della Federazione per una politica delle alleanze

Tra tre anni festeggeremo il cinquantenario della nascita dei Collegi. A ripercorrere le tappe di questi 47 anni di attività – alle quali è dedicato un bel dossier nel nostro giornale – ci si emoziona.

Pensate: nel 1956, alla fine del primo anno completo di attività della Federazione, le iscritte – all'epoca la nostra professione era un'esclusività delle donne – erano meno di 24 mila. Oggi siamo quasi 325 mila. Basta questo dato per farci riflettere sull'importanza crescente che ha assunto la figura dell'infermiere, nel panorama della sanità italiana.

È stata una crescita progressiva, costante, senza un anno di picco particolare. In altri termini siamo cresciuti insieme al nostro Paese e alle sue esigenze di tutela della salute. Esigenze ancora non soddisfatte appieno, se si considera che sono circa 40 mila gli infermieri mancanti all'appello, per stare in linea con gli standard internazionali. Ma un dato è certo: la nostra è una professione ormai consolidata, indispensabile al funzionamento del sistema e sempre più cosciente del suo livello di professionalità e autonomia.

Senza la nascita dei Collegi in quel lontano 1955, probabilmente tutto questo non sarebbe accaduto, o comunque non vi sarebbe stata una crescita consapevole e "autogestita" come quella registrabile dagli annali storici della nostra Federazione.

In tutti questi anni, infatti, i Collegi e la loro Federazione hanno rappresentato una sorta di faro a indicare il cammino e le strategie da seguire. Una luce che abbiamo contribuito da soli a tenere sempre accesa, per offrire una "nostra" chiave interpretativa e propositiva nei confronti della continua evoluzione della sanità: dalle mutue alla nascita del Ssn, fino ad oggi.

L'esistenza di un'aggregazione professionale stabile, istituzionale, democratica è infatti una delle chiavi che ci ha permesso di essere sempre più presenti nei gangli decisionali del sistema, con un ruolo sempre più significativo. Ma, e qui c'è la risposta ai tanti che vorrebbero cancellare la presenza degli Ordini e dei Collegi o quantomeno ridimensionarla nei compiti e nel ruolo, noi non siamo mai stati una corporazione. Non abbiamo mai anteposto il nostro punto di vista e i nostri interessi a quello che rimane il nostro compito primario: garantire il cittadino

sul fatto di poter contare su un professionista preparato, onesto, capace di rapportarsi con il paziente e in grado di rispondere all'evoluzione della domanda di salute della popolazione.

Ogni nostra azione è ispirata da questa finalità:

- è stato così con l'apertura della professione agli uomini nel 1971,
- è stato così due anni dopo, quando è stato sottoscritto l'Accordo europeo sull'istruzione e la formazione,
- è stato così nel 1974, quando iniziò la ridefinizione del nostro esercizio professionale,
- è stato così nel 1999, con l'abolizione del mansionario e con la conseguente offerta al Paese di un infermiere dotato di autonomia professionale per un migliore e più significativo rapporto con l'assistito,
- è stato così nell'impegno per la laurea, la docenza e la dirigenza affinché i nostri concittadini possano contare su infermieri altamente preparati e sostenuti da un'organizzazione centrata sulla persona assistita.

Oggi siamo di fronte a nuove e importanti sfide:

- la razionalizzazione del Ssn,
- il miglioramento della qualità dei servizi,
- l'emergenza anziani,
- la proiezione dell'assistenza nel territorio,
- l'attivazione dell'infermiere di famiglia,
- l'applicazione territoriale delle norme sulla dirigenza,
- il consolidamento dei nuovi modelli formativi,
- l'implementazione del processo di Ecm,
- i nuovi contratti.

Tra tutte, tuttavia, ve ne è una che, da sola, dovrà assorbire grandi energie: la sfida del federalismo.

E proprio nella prospettiva del federalismo la Federazione Ispasvi, nella veste di rappresentanza professionale nazionale e di garanzia del cittadino, ha il dovere di:

- far mantenere predefiniti livelli di qualità professionale,
- orientare all'etica e alla deontologia professionale,
- sostenere le associazioni professionali per lo sviluppo della cultura e delle scienze infermieristiche,
- garantire curricula formativi omogenei.

Non accetteremo mai, perché ciò rappresenterebbe una grave lesione degli stessi diritti costituzionali dei cittadini e degli operatori, che si sviluppino spirali di autonomia decisionale a livello locale nel campo della formazione, delle regole professionali e della gestione dei processi assistenziali.

I Collegi e la Federazione Ispasvi avranno, pertanto, quale compito prioritario:

- quello di accompagnare, nella sanità, il processo fede-

ralista, stroncando qualsiasi tentativo o scorciatoia volta a minare l'unitarietà della professione;

- quello di favorire lo scambio delle esperienze che scaturiranno dal decentramento;
- quello di sostenere diversificate opzioni organizzative affinché vi sia un reale miglioramento dell'assistenza nell'intero Paese.

Per far questo riteniamo di non dover agire da soli. Occorre tessere e consolidare una rete di alleanze che sia prodromica alla realizzazione di un polo stabile di riferimento per quanti credono nella necessità di mantenere e potenziare un sistema di welfare sanitario moderno, efficiente, equo e solidale.

Ho già accennato alla nostra adesione al Comitato "Solidarietà e Salute" con medici, veterinari, biologi, cittadini. È stata un'esperienza importante che ha consentito di avvicinare migliaia di persone a temi difficili, come quello della sostenibilità economica del sistema sanitario o della valenza di un sistema sanitario nazionale.

Su questa linea riteniamo siano maturi i tempi anche per nuove alleanze; ad esempio con il mondo delle imprese farmaceutiche e delle tecnologie sanitarie, per studiare insieme diverse modalità di erogazione del farmaco o di acquisizione di nuove apparecchiature.

Alleanze che sappiano coniugare esigenze diversificate – quella di fare profitto da parte dell'impresa e quella di contenere i costi da parte del Ssn – senza intaccare il livello di assistenza e la qualità delle prestazioni ai cittadini.

Ulteriori e significative esperienze sono, poi, quelle assunte dalla Federazione in settori e campi fino ad oggi poco esplorati dal mondo infermieristico, come quello dell'etica della scienza, testimoniate, come dicevo precedentemente, dal nostro ingresso ufficiale nel Comitato nazionale di bioetica presieduto dal professor D'Agostino.

Importante, ancora, è consolidare e istituzionalizzare il rapporto con il Governo, il Parlamento e le Regioni trovando le sedi opportune per un confronto permanente. E infine il sindacato. Negli ultimi anni abbiamo assistito al nascere di nuove forme di associazionismo professionale a carattere sindacale che hanno affiancato, soprattutto in sede locale, la tradizionale rappresentanza del sindacato confederale. La Federazione ha seguito queste nuove espressioni di tutela degli interessi categoriali. Con tutti i soggetti sindacali la Federazione manterrà continui e trasparenti rapporti di collaborazione, affinché nell'ambito delle diverse norme contrattuali, sia sempre rispettato quanto previsto dall'evoluzione normativa, organizzativa e funzionale della professione infermieristica. In altre parole, non c'è mai stato, non c'è e non avrebbe senso ci fosse l'idea di una "concorrenza" tra Collegi e Organizzazioni sindacali, siano essi confederali o categoriali. Il rapporto continuerà a caratterizzarsi per la stretta collaborazione intellettuale, professionale e conoscitiva nel rispetto delle diverse prerogative di rappresentanza.

Già nel titolare il nostro XIII Congresso nazionale abbiamo reso evidente ciò che vogliamo fare ed essere come gruppo professionale adesso e nel prossimo futuro. L'orizzonte a cui tendiamo è impegnativo, emozionante, carico di suggestioni e di forti progettualità: le nuove frontiere della salute sono qui, di fronte a noi.

Le raggiungeremo tutti, insieme come sempre; le raggiungeremo e poi... di nuovo le supereremo.

Avanti dunque, con forza, volontà, creatività ed emozione: per un futuro di impegno etico, professionale e politico.

Per i nostri concittadini, per tutti noi e perché l'infermieristica italiana diventi un significativo riferimento per l'intera Unione europea.

# La risorsa infermieristica nel Servizio sanitario nazionale

di *Alvisa Palese\**

## Alcuni dati

Sono 325 mila gli infermieri: impegnati nel Servizio sanitario nazionale e nel privato, con un rapporto di lavoro dipendente e libero professionale, in tutti i possibili contesti di salute e di malattia, con una formazione universitaria e un profilo definito.

Gli infermieri sono una risorsa autonoma e responsabile sul piano giuridico, formativo e dell'esercizio professionale. Una risorsa indispensabile, incontestabilmente. Ma è necessario ancora uno sforzo per concretizzare l'effettiva responsabilizzazione e il pieno riconoscimento economico e diventare riferimento primario nell'attuazione di qualsiasi politica di sviluppo come pilastro portante del Sistema sanitario nazionale.

## Alcune domande

Quali sono i nodi critici che la risorsa infermieristica sta affrontando oggi? Quale contributo originale può offrire per la salute dei cittadini?

Quando si discute di "risorse" sono due le prospettive emergenti:

- risorsa come qualcosa che manca;
- risorsa come ricchezza.

Proprio attorno a queste due dimensioni gli infermieri vogliono presentarsi come risorsa critica del Servizio sanitario nazionale ma portatrice di una grande ricchezza.

## La criticità della risorsa: la carenza di infermieri

La professione infermieristica è numerosa, ma non abbastanza da riuscire ad affrontare la domanda di assistenza, in crescita esponenziale. Mancano 40 mila infermieri e forse di più. Molti ospedali oggi reggono a fatica con pochi infermieri; numerosi distretti, residenze sanitarie, non sono stati attivati o lavorano in condizioni di insicurezza proprio perché non hanno abbastanza infermieri. Molti infermieri si trovano nella condizione di affrontare tutti i problemi dei pazienti senza poter attivare

la consulenza di altri più esperti. Le competenze attese al loro primo giorno di lavoro sono, in alcune circostanze, uguali a quelle richieste a un infermiere esperto; ma anche gli esperti fanno fatica a differenziarsi perché la carenza rischia di appiattire molto le eccellenze proprio perché impegnate nella compensazione delle difficoltà quotidiane.

La carenza è uno dei nodi più attuali della risorsa infermieristica: il problema sul quale negli ultimi anni si è dibattuto di più e che ha un peso importante sulla vita di un infermiere che gestisce o che è impegnato nella clinica.

Essere in pochi significa dover fare le cose male, più in fretta, rinunciare ad alcune dimensioni centrali del nursing come la presa in carico e la personalizzazione dell'assistenza, per garantire il minimo possibile a tutti. Significa lavorare in condizioni difficili, aumentare il rischio di errore, provare il desiderio di andarsene dalla professione o, in alcune circostanze, la fatica a rimanerci. Significa correre il rischio di entrare in circoli viziosi che scoraggiano i giovani a entrare in una professione che ipotoca le giornate libere e i riposi. Essere in pochi significa vivere il peso e la fatica di tante decisioni da assumere nello stesso momento per il carico eccessivo di pazienti assistiti; gestire il conflitto tra ciò che si dovrebbe fare e ciò che si riesce a fare, tra ciò che si potrebbe fare e quello che invece è consentito fare.

La carenza infermieristica è ormai mondiale. Gli infermieri americani hanno stimato una carenza di 400 mila infermieri nel 2020<sup>1</sup>. Il reclutamento di giovani è giudicato insufficiente e progressivamente in riduzione in tutti gli Stati avanzati<sup>2</sup>; diventa sempre più difficile trattenere a lungo nel tempo gli infermieri assunti per implementare e gestire cambiamenti. La popolazione infermieristica sta invecchiando e gli Stati che registrano una età media di 45 anni, sono allarmati per l'imminente difficoltà di garantire turni di assistenza sulle 24 ore. Tra le cause più importanti, al di là della paga, sono indicati l'in-

\* Dirigente e docente di Scienze infermieristiche, Corso di laurea per infermieri, Università degli Studi di Udine

soddisfazione del lavoro e le numerose opportunità di carriera offerte alle donne in altri contesti lavorativi, molto più responsabilizzanti e premianti di quelle offerte agli infermieri<sup>3</sup>.

In Italia la carenza è più concentrata al Centro-Nord che al Sud, ma questo ha un impatto su tutto il Paese: la migrazione degli infermieri del Sud verso altre Regioni per poter lavorare con la speranza di ritornare nella propria città di origine; gli infermieri del Nord continuano a perdere colleghi di lavoro perché dopo un breve periodo, si spostano verso casa, al Sud. Gli standard assistenziali in alcune realtà, come le medicine e le chirurgie per acuti, non sono buoni: ogni infermiere gestisce 20-30 pazienti, se non più. Tutto il mondo si trova a gestire una carenza drammatica di infermieri ma a partire da posizioni diverse: nei Paesi anglosassoni si sviluppa in una professione che sta evolvendo verso ruoli sostitutivi di quello medico (ad esempio *nurse practitioners*). Nel nostro Paese si innesta in una professione che ritiene di essere portatrice di una originalità diversa da quella dei medici: proprio per questo probabilmente le conseguenze della carenza sono inestimabili.

Quali sono le ricadute della mancanza di infermieri?

Numerosi contributi presenti in letteratura focalizzano l'attenzione su quanti infermieri garantiscono un'assistenza sicura: il dibattito è molto acceso e non sono ancora disponibili dati conclusivi anche se ormai è certo che quando gli infermieri sono in pochi:

- aumentano gli errori e le lamentele dei pazienti<sup>4</sup>;
- aumenta la durata della degenza correlata a complicanze (cadute, infezioni post chirurgiche, polmoniti, infezioni del tratto urinario e da CVC; lesioni da decubito, trombosi venose profonde, sepsi): quando gli infermieri sono in pochi, riducono la frequenza del lavaggio delle mani, le attenzioni sulla mobilitazione del paziente e sulle strategie per prevenire le infezioni; agiscono velocemente senza potersi fermare a riflettere sul bisogno di assistenza dei loro pazienti<sup>5</sup>;
- aumentano gli insuccessi rianimatori perché l'instabilità dei pazienti non è immediatamente riconosciuta e non sono messi in atto tempestivamente gli interventi per gestirli<sup>6</sup>;
- aumentano le riammissioni non programmate<sup>7</sup> perché nessuno si occupa dell'educazione dei pazienti e della continuità dell'assistenza a domicilio; del supporto nel processo di adattamento al problema di salute e alle risorse che maggiormente accompagneranno il paziente lungo la cronicità;

- aumenta il rischio di mortalità dei pazienti<sup>8,9,10</sup>.

Essere e fare l'infermiere oggi è difficile con ogni probabilità anche a causa della carenza di infermieri. Per i pazienti, avere meno infermieri di quelli che sarebbero necessari, è pericoloso.

La carenza non è un problema solo degli infermieri sui quali ricade la fatica di essere in pochi; ma prioritariamente dei cittadini che ricevono meno assistenza di quanto avrebbero bisogno.

### La svolta dell'appropriatezza

La scarsità di risorse è sempre un'occasione per riflettere sulle priorità e sulle cose appropriate da fare. Appropriato è qualcosa che ha un campo definito di utilizzo e di impegno: "qualcosa" che deve essere impegnato per uno scopo preciso, e non per altri.

Non tutta la domanda di assistenza, oggi, è domanda di assistenza infermieristica. Molto di quello che gli infermieri fanno ha poco o nulla a che vedere con l'assistenza: alcuni sono impegnati in numerose pratiche burocratiche, in attività molto esecutive e di alcun impatto per gli utenti: attività che aumentano l'insoddisfazione e per le quali chiedono con forza un supporto<sup>11</sup>.

Molti infermieri sono ancora impegnati nell'assistenza di base a pazienti totalmente dipendenti ma non complessi proprio perché questo è – e lo diciamo anche con orgoglio – frutto della nostra storia. L'approccio della professione si è basato per anni sulla dipendenza assistenziale: gli infermieri ritenevano che la loro presenza vicino alle persone fosse legata pesantemente alla incapacità di queste a provvedere autonomamente ai bisogni o alle attività di vita quotidiana.

Oggi il paradigma di riferimento è cambiato: i pazienti sono diversi, le loro esigenze si sono modificate; le competenze degli infermieri permettono di realizzare un passaggio rilevante dal modello della dipendenza a quello della complessità. Non è l'incapacità ad alimentarsi, ad esempio, che genera il bisogno di assistenza infermieristica, ma un insieme di questa e altre dimensioni come l'instabilità clinica, la difficoltà di comprendere, scegliere, capire come prendersi cura, come prendersi carico dei propri problemi di salute.

Accertare se un paziente ha bisogno o meno di assistenza e di quale assistenza è un processo complesso: significa affermare che tra i pazienti, alcuni hanno bisogno di maggiore intensità assistenziale, altri di meno o addirittura che non hanno bisogno di infermieri: passare da una logica dell'uguaglianza a una dell'equità per garantire agli

utenti ciò di cui hanno bisogno e modulare l'intensità della presenza infermieristica.

La misura dell'intensità assistenziale non è direttamente legata alla quantità di cose che gli infermieri sono chiamati a fare ma anche all'impegno intellettuale che dedicano quando pensano, progettano, elaborano, ricercano, scelgono gli interventi per quel paziente; e soprattutto agli sforzi che realizzano per portare a compimento un progetto di presa in carico. Un progetto che ha tempi lunghi e che mira a raggiungere competenze, capacità, autonomie nell'altro e con l'altro, nella sua famiglia e nelle altre risorse di riferimento.

Ogni infermiere, in questa prospettiva di continua valutazione della domanda di assistenza infermieristica, di definizione del progetto, di scelta dell'intensità di assistenza e degli attori da coinvolgere, diventa una risorsa che agisce le competenze cliniche attraverso strategie gestionali.

Quando gli infermieri sono valorizzati in modo appropriato, diventano responsabili di processi, gestori di risorse e in grado di assicurare una pratica infermieristica competente. La dimensione clinica non è più immediatamente distinguibile da quella gestionale dalla quale viene supportata.

Impegnarsi come infermieri in modo appropriato sulla base della complessità assistenziale e per livelli diversi di intensità significa quindi:

- riflettere sulle attività da restituire ad altri delle quali la professione si è fatta carico per anni per compensare altre carenze;
- riflettere sulle attribuzioni degli operatori di supporto mantenendo elevata la supervisione e la responsabilità sui risultati perseguiti;
- precisare che la professione non intende delegare funzioni proprie che richiedono competenze sofisticate, capacità di accertamento, giudizio e valutazione, responsabilità acquisite durante il percorso formativo, definite dalle norme che regolano l'esercizio professionale e dal codice deontologico;
- liberare la creatività, il sapere, l'energia e la forza degli infermieri, bloccata per anni in attività non sempre assistenziali, per orientarle verso la vera originalità e il mandato proprio del nursing.

In questo senso l'appropriatezza è una nuova visione che può offrire interessanti strade di valorizzazione professionale, elevata personalizzazione dei livelli assistenziali, contenimento dei costi e parziale risposta alla carenza di infermieri.

## Carenza di infermieri o di una pratica infermieristica avanzata?

Il percorso iniziato molti anni fa, segnato non solo dalla nascita dei Diplomi universitari ma anche da altri importanti cambiamenti sanciti sul piano normativo, come la definizione del profilo, la dirigenza, i contratti, l'Ecm, ha modificato di molto la struttura della disciplina e dell'esercizio professionale.

Affermare che per esercitare la professione infermieristica in Italia è richiesta la Laurea significa coronare d'altro questo insieme di conquiste. Laurea è "il titolo conferito a colui che ha concluso un ciclo di studi universitari"; "a colui che per vastità e profondità di dottrina è in grado di insegnare la disciplina". Avere infermieri laureati significa sancire definitivamente che esiste un sapere infermieristico, conosciuto e applicato esclusivamente dagli infermieri; che esiste una specificità infermieristica che è unica e distintiva; che nessuna altra professione può offrire, esercitare, insegnare perché frutto di un sapere proprio e autonomo in grado di dialogare e di integrarsi con altri saperi ma con una sua precisa identità.

Successivamente al percorso di base, valido indipendentemente dal contesto in cui è stato realizzato, ciascun infermiere può aspirare a una formazione universitaria attraverso i Master o la Laurea specialistica articolando lo studio con la flessibilità che solo un approccio universitario può garantire. Ogni infermiere in Italia dovrebbe essere impegnato nella formazione continua non solo per rispondere a un obbligo formativo ma anche deontologico, per offrire ai pazienti una competenza professionale aggiornata, all'interno di una identità molto forte, definita dal profilo professionale unico.

La formazione complementare – quale è quella dei Master – è stata avviata da molte Università ed è molto elevata l'attenzione per poterli proporre diffusamente affinché diventino opportunità di molti. La professione registra per contro la mancata attivazione della Laurea specialistica in Infermieristica rimandata al prossimo anno accademico<sup>12</sup>.

È dal 1994, l'anno di approvazione del profilo professionale, che gli infermieri attendono l'attivazione della formazione post base.

Il ritardo rischia di avere un effetto sui risultati che i cittadini potrebbero ottenere con infermieri più preparati. Riduce la capacità di reclutamento della professione perché i giovani difficilmente si riconoscono in una professione generalista. Impedisce una rigorosa riflessione critica in qualsiasi ambito clinico, la possibilità di confron-



tare la propria pratica e di offrire standard professionali eccellenti. Impedisce la crescita e la visibilità di una professione capace di affrontare e gestire i problemi più complessi delle persone.

Quando l'offerta formativa sarà completata, gli infermieri potranno davvero sviluppare ed esercitare una competenza stratificata su più livelli: potranno muoversi da un livello iniziale a uno avanzato approfondendo metodi, strumenti e conoscenze messe a disposizione dalla ricerca. La pratica infermieristica avanzata sarà offerta da infermieri esperti in uno specifico campo del nursing, preparati attraverso Master universitari e capaci di assicurare elevate competenze nella gestione dei problemi assistenziali<sup>13, 14</sup>. Ci saranno infermieri capaci di una pratica infermieristica avanzata nella clinica, ma anche nell'insegnamento, nei ruoli di leadership e ricerca: è diverso essere tutor clinico o docente di nursing; dirigere una struttura organizzativa complessa o semplice; analizzare criticamente un articolo di ricerca o fare ricerca. L'esperienza da sola non è più il criterio per certificare una competenza avanzata anche se costituisce una dimensione irrinunciabile: il nursing è una disciplina applicata in grande evoluzione e sono necessari percorsi formativi qualificati, ma anche la capacità di continuare a riflettere criticamente sulla propria pratica professionale per migliorarla.

Pensare a una professione che differenzia e stratifica le competenze riporta al centro il grande tema dell'organizzazione: la competenza avanzata non è in grado da sola di portare risultati perché ha bisogno di modelli organizzativi pertinenti per diventare ricchezza.

Alcune strategie come la flessibilità richiesta dal mondo del lavoro, non consentono sempre di sviluppare ed affinare le competenze: è diverso gestire un paziente con problema addominale da uno laringectomizzato. Le soluzioni dipartimentali adottate includono spesso diverse specialità e mettono gli infermieri nella condizione di lavorare in situazioni di elevata incertezza clinica, senza conoscere bene i problemi dei pazienti, padroneggiare le abilità e le competenze per poterli affrontare. In un contesto in cui è difficile progettare e gestire modelli che sostengono le competenze avanzate, è ancora diffusa una pratica non sempre basata sulle evidenze scientifiche perché gli infermieri:

- percepiscono una scarsa autorità nella gestione del cambiamento;
- hanno poco tempo a disposizione per farlo<sup>15</sup>;
- non sempre possono contare su un supporto nella valutazione continua della qualità e sull'attuazione di inizia-

tive che sviluppano una pratica basata sulle evidenze<sup>16</sup>. La pratica infermieristica avanzata, ma anche quella generale, ha bisogno di modelli organizzativi innovativi per potersi esprimere compiutamente: modelli che valorizzano i contributi del singolo, come l'infermiere case manager, di famiglia, di comunità, integrati fortemente con quelli offerti dagli infermieri; capaci di diffondere il contributo del singolo affinché diventi patrimonio del gruppo in una sorta di apprendimento organizzativo capace, nella complessità e turbolenza dei sistemi, di costruire e sedimentare i saperi di cui gli infermieri sono portatori. Per gli infermieri, l'espansione del ruolo non è un problema unicamente legato all'avanzamento professionale ma un preciso impegno verso gli utenti: quando gli infermieri sono più preparati, i risultati dei pazienti sono migliori<sup>17</sup>.

### Diventa appropriato per gli infermieri anche il governo dei processi di cui sono responsabili

Se ogni infermiere è portatore di una competenza che può espandersi fino ai livelli più avanzati, ricca anche di contenuto gestionale per il governo dei processi di cui è responsabile, è ormai irrinunciabile la presenza di infermieri che dirigono: a tutti i livelli, nelle strutture semplici e complesse, tanti quanti sono gli ambiti in cui gli infermieri erogano l'assistenza.

Non si tratta di affermare una dominanza quanto, piuttosto, una autorità: di assumere posizioni di leadership per dirigere processi di cambiamento, orientare lo sviluppo, motivare e ispirare; l'autorità di assumere posizioni di manager quando sono in atto processi di pianificazione, gestione, organizzazione e controllo, che comportano la soluzione di problemi assistenziali.

Le evidenze dimostrano che gli infermieri sono in grado di dirigere cambiamenti e processi organizzativi complessi, far emergere risultati tangibili e originali delle soluzioni adottate, dimostrare una grande attenzione alla risorsa infermieristica che è messa nelle condizioni di assicurare i migliori risultati sugli utenti. Quando gli infermieri assumono la responsabilità di strutture per pazienti post acuti, case di riposo, servizi infermieristici, reparti, distretti e dipartimenti:

- sono adottati modelli organizzativi che consentono agli infermieri di agire con autonomia, assumere le proprie responsabilità, avere la possibilità di controllare la pratica e l'ambiente con migliori risultati sugli utenti, soddisfazione lavorativa, tensione all'aggiornamento;

- sono maggiori le attenzioni ai contenuti del lavoro, all'autonomia, alle crescenti responsabilità attribuite agli infermieri, ai feed back e alla consulenza sullo sviluppo professionale, che hanno una influenza sulla soddisfazione e le performance lavorative, e riducono lo stress: in questo senso il leader non può che essere un profondo conoscitore della professione infermieristica<sup>18</sup>;
- sono sperimentati modelli centrati sul paziente, con elevati livelli di presa in carico e personalizzazione delle cure infermieristiche<sup>19</sup>.

Gli infermieri sono pronti a sostenere il passaggio delle cure dall'ospedale al territorio e ritengono di poter contribuire in modo decisivo se assumono ruoli dirigenziali perché il bisogno di presa in carico delle persone assistite nel territorio, nelle residenze, a casa, costitutivo della specificità degli infermieri, è predominante sulle altre necessità di diagnosi e cura.

### La risorsa infermieristica è disponibile a costruire forti alleanze

Carenza, valorizzazione appropriata della funzione infermieristica, sviluppo di competenze avanzate e dirigenza sono connesse a un'altra dimensione: quella delle alleanze o delle contrapposizioni con altri operatori della salute. Oggi assistiamo a un dibattito molto acceso su due versanti: il primo con gli operatori di supporto, il secondo con i medici. Sono due ambiti molto diversi ma che originano da una stessa radice: gli infermieri hanno un campo d'azione ben definito che sentono come proprio; sulla base di questa consapevolezza, hanno iniziato a riflettere sulle aree di confine e sul rapporto con altri operatori. Mentre con il personale di supporto il problema va riportato all'interno di ciò che è e ciò che non è assistenza infermieristica e deve essere inteso come una importante occasione per finalizzare meglio l'intensità assistenziale<sup>20</sup>, il rapporto con i medici è ancora critico, ha radici molto lontane e subirà molti cambiamenti in futuro. All'inizio tutto era molto chiaro: i medici stavano in alto e gli infermieri, senza tante conoscenze, eseguivano. Gli infermieri non curavano i pazienti; i medici sì. La gerarchia e i diversi mandati professionali definivano precise linee di confine e comportamenti, un gioco delle parti che, come afferma Radcliff, è finito<sup>21</sup>.

Il rapporto medici e infermieri non è mai stato facile e oggi, più di ieri, i medici temono la crescita professionale degli infermieri: hanno sempre dimostrato una difficoltà a mettere in discussione il ruolo; gli infermieri hanno sempre dimostrato eccessiva disponibilità<sup>22</sup>.

Gli infermieri hanno lavorato per anni sul loro mandato ed è ormai diffusa la consapevolezza che il cuore del nursing è l'autonomia delle persone, ricercata attraverso la presa in carico, con una presenza che non sarà più necessariamente continuativa nelle 24 ore, ma costante e attenta sul progetto in ogni fase della salute e della malattia, lavorando insieme ad altre risorse (famiglia o persone di riferimento) e mai in contrapposizione<sup>23</sup>. Da una dimensione intangibile, oggi, il nursing è diventato qualcosa di concreto e misurabile, in grado di influenzare i risultati di salute.

Negli altri Paesi la ridefinizione delle competenze ha richiesto necessariamente una rivisitazione dei rapporti interprofessionali: i medici sembrano sentirsi aggrediti dagli infermieri competenti perché percepiscono una progressiva espansione del loro ruolo e una minaccia per il proprio status. Ormai sono numerose le esperienze in cui è dimostrato che in alcuni ambiti bravi infermieri danno risultati migliori dei medici, quando ad esempio:

- assumono la gestione ambulatoriale di problemi minori: i pazienti sono più soddisfatti e i risultati sono gli stessi di quando gestiti dai medici<sup>24</sup>;
- “svezzano” il paziente dal ventilatore meccanico: la durata media della ventilazione e le reintubazioni sono inferiori rispetto al gruppo svezato dai medici<sup>25</sup>;
- prendono in carico i pazienti nelle cure primarie: la qualità dell'assistenza è migliore, la durata del colloquio è più lunga, i pazienti sono più soddisfatti, l'accertamento è realizzato con più profondità, non aumentano le prescrizioni e la necessità di una successiva rivalutazione<sup>26</sup>.

D'altra parte gli infermieri percepiscono il rischio di una espansione degli operatori di supporto, anche se è dimostrato che quando gli infermieri possono contare su di loro, i risultati migliorano perché possono concentrarsi con più intensità a quelli più complessi (Blegen).

Come è possibile costruire buone relazioni tra professionisti in un contesto in cui un'opportunità per l'una, diventa una minaccia per l'altra?

La comunità infermieristica italiana si propone di superare la logica delle reciproche aggressioni, perché riconosce e rispetta il contributo dei medici ma ritiene nel contempo di essere portatrice di un contributo indispensabile per la salute dei cittadini.

La comunità infermieristica italiana, come quella internazionale, sente come emergente la necessità di sciogliere alcune contraddizioni del rapporto con i medici perché molta dell'insoddisfazione professionale e del turn over deriva dai loro comportamenti<sup>27</sup>: laddove infermieri e me-

dici lavorano bene insieme aumenta la soddisfazione lavorativa degli infermieri, si riducono turn over e tempi di degenza; i sintomi come il dolore sono gestiti meglio; gli infermieri discutono sull'evoluzione dei pazienti sapendo che ogni loro valutazione è considerata<sup>28</sup>.

La comunità professionale si propone di superare la logica della divisione. Sta cercando in più ambiti di porsi in una prospettiva di progetto integrando il piano di assistenza con quello medico: laddove medici e infermieri lavorano insieme le decisioni assunte sono migliori perché le informazioni sono condivise mentre le dimissioni sono preparate e gestite con maggiore efficacia. La comunità professionale non può accettare di essere governata dai medici anche quando la loro presenza è limitata e la responsabilità sui pazienti è prioritariamente degli infermieri come nel territorio, nelle residenze assistenziali, nei distretti; quando il bisogno di diagnosi e terapia è episodico e assume più il connotato di consulenza.

Gli infermieri si propongono di superare le possibili contrapposizioni perché riconoscono che il dibattito non è dialogico: il problema del potere nella relazione medico-infermiere è mediato dal paziente e non unilateralmente dall'una o dall'altra professione.

Gli infermieri vogliono svilupparsi in dimensioni diverse dalla diagnosi e terapia<sup>29</sup>: i campi che stanno espandendo sono quelli dell'autonomia, dell'educazione terapeutica, dell'autocura, della relazione, dello sviluppo delle capacità di adattamento dei pazienti, del supporto ai *care givers*, della continuità delle cure che non si sovrappongono alle specificità dei medici. In alcuni ambiti come quelli della criticità vitale o laddove è richiesta un'alta integrazione, i focus di attenzione e l'approccio degli infermieri rimarranno sempre diversi da quello dei medici, e contemporaneamente integrati.

Gli infermieri, in tutti questi campi, affermano la natura distintiva del nursing rispetto a quella medica.

Proprio perché sono diversi non vogliono un trattamento uniforme, ma ricercano un rapporto di uguaglianza di opportunità all'interno del sistema. Proprio perché non si sentono minacciati, propongono una forte alleanza con i medici: perché hanno a cuore la salute dei pazienti e il destino del servizio sanitario nazionale.

**Non è solo in gioco il futuro degli infermieri, quanto piuttosto il futuro della salute dei cittadini**

Mentre fino a pochi anni fa le conclusioni erano incerte, alcune volte a favore, altre contro, la letteratura eviden-

zia che i pazienti accolti nelle strutture *for profit* rispetto a quelle *not for profit* sembra abbiano un rischio più elevato di morire. Le organizzazioni sanitarie che perseguono fini di profitto danno risultati diversi da quelle non profit: tra i motivi più importanti è riconosciuto il prevalente impiego di personale non formato rispetto a infermieri abilitati. La presenza di poco personale o di personale non preparato è indicata come una delle possibili cause dell'aumento della mortalità a breve termine dei pazienti anziani ospedalizzati negli enti che perseguono fini di profitto<sup>30</sup>. Il dibattito su questi temi probabilmente continuerà nei prossimi anni.

Ma gli infermieri non possono non esprimere oggi la loro posizione e la loro proposta. Gli infermieri sostengono il Servizio sanitario nazionale e ogni altra forma integrativa compatibile con i suoi principi ispiratori; sosterranno il progressivo decentramento delle cure verso il territorio. Gli infermieri riconoscono che alcuni fenomeni come la carenza, non sono più affrontabili nella logica del passato, perché i bisogni sono e saranno crescenti e malgrado gli sforzi, non sarà possibile raggiungere una popolazione infermieristica quantitativamente sufficiente a gestirli.

Proprio per questo, sono disponibili ad accettare la carenza anche nelle opportunità di sviluppo: un futuro probabilmente incapace di dare tutti gli infermieri che sarebbero necessari, ma proprio per questo, una professione da valorizzare in modo appropriato: che ha bisogno di essere messa nella condizione di esprimere le proprie competenze su ambiti diversi, di occuparsi di nursing avanzato, dirigere i processi di cui è responsabile.

Gli infermieri offrono il loro contributo specifico per sviluppare autonomia delle persone, decentrare le competenze di gestione della salute e della malattia, non tanto o non solo dall'ospedale al territorio, quanto dai professionisti ai cittadini, dal potere delle professioni a quello del cittadino.

Mettono a disposizione la ricchezza di cui sono portatori fatta di conoscenza professionale rigorosa e di conoscenza insita nella pratica, tacita, esperta nella gestione dei problemi di assistenza.

Gli infermieri hanno compiuto il loro processo di professionalizzazione<sup>31</sup> e si aprono liberamente a nuove sfide che pongono al centro l'altruismo, la solidarietà, l'equità che sono i valori più alti di una società in cui la professione si riconosce.

I frutti di queste faticose stagioni sono molti. Gli infermieri non devono più spendere energie per conquistare:

non ci sono più dubbi sulla strada intrapresa. Sono pronti a gestire nella pratica le ricadute di questi anni di conquiste:

- singolarmente, perché ognuno di noi oggi è libero ed è incoraggiato a offrire il meglio di sé come infermiere: a investire in modo significativo in una professione che offre molte opportunità, soprattutto nel “prendersi cura dell’altro”;
- come gruppo, in una rete di solidarietà, vicinanza, appartenenza, per costruire insieme a chi: è affaticato dai continui cambiamenti di una professione che si è svi-

luppata rapidamente negli ultimi 10 anni; è preoccupato per i cambiamenti così repentini e fa difficoltà a collocarsi e a trovare una giusta dimensione; ha lavorato con intensità per questi risultati all’interno e all’esterno della professione; è da poco entrato nella comunità professionale. A chi da sempre ci crede e continua a testimoniare.

Oggi siamo pienamente consapevoli della ricchezza del contributo concreto che può offrire ognuno di noi, insieme agli altri.

Una sfida non tanto per il futuro degli infermieri, quan-

### Note bibliografiche

1. Loquist R., *State Boards of Respond to the nursing shortage*, Nursing Administration Quarterly 2002; 26(4): 33-39.
2. Murray M.K., *The Nursing Shortage. Past, Present and Future*, Journal of Nursing Administration, 2002; 32(2): 79-84.
3. Schiff L., *Professional update*, Registered Nurse 2002; 65(7): 16-18.
4. Blegen M.A., Vaughn T., *A multisite study of nurse staffing and patient occurrences*, Nursing Economics 1988; 16: 196-203.
5. Needleman J. et al., *Nurse staffing levels and the quality of care in Hospital*, New England of Medicine, 2002; 346(22).
6. Silber J.H., Williams S.V., Krakauer H., Sandford-Schwartz J., *Hospital and patient characteristics associated with death after surgery*, Med Care 1992; 30(7): 615-627.
7. Seago J.A., *Nursing Staffing, models of care delivery and interventions*, Report Patient Safety, 2001.
8. Van Servellen G., Schultz A., *Demystifying the influence of Hospital characteristics on inpatient mortality rates*, Journal of Nursing Administration 1999; 29(4): 39-47.
9. Aiken L., Smith H.L., Lake E.T., *Lower medicine mortality among a set of hospitals known for good nursing care*, Med Care 1994; 32(8): 771-785.
10. Hartz A.J., Krakauer H., Kuhn Em. et al., *Hospital characteristics and mortality rates*, New England of Medicine 1989; 2(25):1720-1725.
11. Finlayson B., Dixon J., Meadows S., Blair G., *Mind the gap: the policy response to the NHS nursing shortage*, BMJ 2002; 325: 541-544.
12. Silvestro A., Lettera Aperta al Governo. *Infermieri: alta formazione per la qualità dell’assistenza*, L’infermiere, 2002; 7-8: 1.
13. Pearson A., Peels S., *Advanced practice in nursing: International perspective*, International Journal of Nursing Practice 2002; 8: S1-S2.
14. Scott C., *Specialist practice: advancing the profession?*, Journal of Advanced Nursing 1998; 28(39): 554-562.
15. Parahoo K., *Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland*, Journal of Advanced Nursing 2000; 31(1): 89-98.
16. Chang B., Lee J.L., Pearson M., Kahn K.L., Elliot M., Rubenstein E., *Evaluating quality of Nursing care: the gap between theory and practice*, Journal of Nursing Administration 2002; 32(7/8): 405-418.
17. O’Brien M.A., Freemantle N., Oxman Ad. et al., *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes*, Cochrane Database System Rev 2001;(2): CD003078.
18. Janssen P.M., de Jonge J., Bakker A.B., *Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turn over intentions: a study among nurses*, Journal Advanced of Nursing 1999; 29(6): 1360-1369.
19. Steinbrook R., *Nursing in the crossfire*, New England of Medicine, 2002; 346(22): 1757-1766.
20. Blegen M.A., Goode C.J., Reed L., *Nurse staffing and patient outcomes*, Nursing Research 1998; 47(1): 43-50.
21. Radcliff M., *Doctors and nurses: new game, same results*, British Medical Journal 2000; 320: 1085.
22. Salvage J., Smith R., *Doctors and nurses: doing it differently*, British Medical Journal, 2000; 320: 1019-20.
23. Baumann A., Deber R.B., Silvermann B.E., Mallette C.M., *Who cares? Who cure? The ongoing debate in the provision of health care*, Journal of Advanced Practice 1998; 28(5): 1040-1045.
24. Schum C.M., Humpreys A., Wheeler D., Cochrane M.A., Skoda S., Clement S., *Practice nurse – led management of patients with minor medical conditions: a randomized controlled trial*. BMJ 2000; 320: 1038-43.
25. Koleff M.H., Shapiro F.D., Silver P., St John R.E., Prentice D., Sauer S. et al., *A randomized, controlled trial of protocol directed versus physician – directed weaning from mechanical ventilation*. Critical Care Medicine 1997; 25: 567-574.
26. Horrocks S., Anderson E., Salisbury C., *Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors*, BMJ, 2002; 324: 819-823.
27. Rosestein A., *Nurse – physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention*, American Journal of Nursing 2002; 102(6): 26-34.
28. Knaus W.A., Draper E.A., Douglas P.W. et al., *An evaluation of outcome from intensive care in Major Medical Centers*, Annals of Internal Medicine, 1986; 104: 410-418.
29. Snelgrove S., Hughes D., *Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales*, Journal of Advanced Nursing 2000; 31(3): 661-667.
30. Deveraux P.J., Peter T.L.C., Lacchetti C., Weaver B., Schunemann J.H. et al., *A systematic review and meta analysis of studies comparing mortality rates of private for profit and private not for profit hospitals*, Canadian Medical Association of Journal 2002; 166(11): 1399-1406.
31. Cruess R.L., *Professionalism: an ideal to be sustained*, The Lancet 2000; 356(8): 156-159; Beecroft P., *Nurse specialist profile*, Clinical Nurse Specialist 2002; 16(4): 219-220; Zwarestein M., Bryant W., Bailie R., Sibthorpe. *Interventions to promote collaboration between nurses and doctors (Cochrane review)*, in *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000; Oxford: Update software.

# La filosofia del progetto manageriale della Federazione Ipasvi

di Franco Vallicella\*

Nella relazione d'apertura di questo Congresso, la presidente Silvestro ha esposto e argomentato il progetto degli infermieri per una sanità al servizio dei cittadini. Con questo contributo ci si propone di metterne a fuoco le implicazioni organizzative.

In sintesi, la presidente ha risposto alla domanda "Quale sanità?". Qui invece si cercherà di rispondere al quesito "Con quale organizzazione?".

L'organizzazione non è mai fine a se stessa, ma rappresenta uno strumento per raggiungere determinati risultati, a partire da un'attenta analisi degli scopi che persegue (*mission*), dell'ambiente con cui s'interfaccia, delle risorse disponibili e/o acquisibili e della cultura nella quale si sviluppa.

È evidente che un'azienda ospedaliera è sicuramente diversa da un'azienda sanitaria territoriale, che in luoghi diversi possono essere diverse la cultura degli operatori e dei fruitori dei servizi, il mercato del lavoro, le disponibilità economiche, le tecnologie e così via.

In questa relazione non ci si propone quindi, di presentare "il" modello organizzativo, con la M maiuscola, sempre valido, da introdurre acriticamente in tutti i contesti; bensì di illustrare un progetto, esplicitare i valori sui quali si fonda e indicare i principi ai quali ispirarsi per disegnare e implementare modellizzazioni organizzative congruenti alle specifiche realtà.

Il progetto della Federazione si sviluppa tenendo come base un modello di lettura e analisi delle funzioni infermieristiche in relazione alle necessità e bisogni delle persone assistite<sup>1</sup>.

Il modello è definito "modello per la lettura della complessità assistenziale".

Qualsiasi analisi organizzativa non può prescindere da un'attenta valutazione e interpretazione degli elementi di contesto; per questo motivo, nella prima parte della relazione verranno brevemente riprese alcune tematiche, già

citare nella relazione della presidente, e che caratterizzano lo scenario in cui è inserito l'intero sistema sanitario.

## Elementi di contesto

La nostra Costituzione indica la salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (art.32). Inoltre valorizza "il primato della persona umana" (art. 2) e "la pari dignità sociale dei cittadini e la loro uguaglianza di fronte alla legge" (art. 3).

Tali principi costituzionali trovarono significativa concretezza con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale (L. 833/78) che supera la frammentazione precedente e la disuguaglianza dei cittadini di fronte alla malattia. Precedentemente, infatti, il diritto all'assistenza sanitaria derivava prevalentemente dal fatto di avere o meno in corso un rapporto di lavoro e dalla tipologia di prestazioni garantite in maniera diversa dallo specifico Ente mutualistico. Con significativa lungimiranza la legge 833 prevede non solo il sostegno da parte della collettività in caso di malattia – momento curativo – ma l'attenzione e l'orientamento anche alla prevenzione, alla riabilitazione, all'integrazione socio-sanitaria oltre che la diffusione territoriale dei servizi.

Molte indicazioni di quella legge non hanno ancora oggi trovato attuazione nella realtà – vedasi l'esistenza di un numero rilevante di ospedali e la poca diffusione dei servizi territoriali – così come poco sistematicamente, fin da quell'epoca, è stata rivista l'organizzazione del lavoro in sanità affinché vi sia congruenza con l'innovazione degli obiettivi, dei contenuti e dei valori ispiratori.

Il modello gerarchico, sul quale da sempre si sono modellati gli ospedali, ha continuato ad essere pressoché l'unico modello di riferimento per l'organizzazione, in modo tale che un certo tipo di esigenze professionali hanno continuato ad avere il sopravvento su quelle dell'utenza.

\* Tesoriere della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi

L'organizzazione del lavoro infermieristico si è per tanti anni plasmata su quel modello gerarchico e ha visto il proprio sviluppo gestionale articolato fondamentalmente su due livelli di responsabilità: il coordinamento delle sezioni-unità operative/dipartimenti attraverso la/il Caposala e la gestione complessiva dell'intero universo infermieristico attraverso la/il Capo dei servizi sanitari ausiliari. Ovviamente la denominazione delle due funzioni non era casuale.

Nel 1992 il Parlamento, con la legge 23 ottobre 1992, 421 ha delegato il Governo ad attuare una razionalizzazione di alcune materie cruciali per la finanza pubblica con una revisione di alcune discipline tra cui la sanità. Da questa delega deriva il Dlgs 502/92 che pone in essere il processo di aziendalizzazione: la programmazione assume un ruolo determinante, l'attenzione comincia a focalizzarsi sull'appropriatezza degli interventi, sull'efficienza organizzativa e sulla razionalità delle scelte distributive. Si pone mano all'organizzazione del lavoro, prendendo atto del fatto che l'esclusiva relazione gerarchica tra le figure gestionali e i "professional" dimostra non solo tutta la sua debolezza ma tende anche a produrre distorsioni organizzative oltre che difficoltà nel raggiungimento di risultati di tipo complesso.

Le denominazioni delle figure gestionali cambiano; per quanto riguarda il nostro mondo, il termine Caposala è sostituito dal termine Coordinatore infermieristico e il termine Capo dei Servizi Sanitari Ausiliari dal termine Responsabile o Dirigente del Servizio dell'assistenza Infermieristica. Anche in questo caso la differenza non è solo terminologica. Il cambiamento introdotto dalle norme, però, viene a innestarsi in una realtà estremamente statica e burocratica.

Un nuovo modello organizzativo può essere attivato da un'indicazione normativa, ma questa non basta per realizzare il cambiamento comportamentale che deve sostenerlo. Il cambiamento vero delle persone parte da una riflessione e da una ridefinizione culturale. E la cultura cambia lentamente.

Si è così spesso visto realtà in cui le logiche organizzative e gestionali erano già avanzate ma nelle quali il cambiamento però non decollava perché doveva avvenire attraverso persone poco orientate al cambiamento; oppure si sono viste situazioni in cui l'enfasi del cambiamento veniva posta più sulla necessità di risparmio, che sulla valutazione critica di ciò che si fa e del perché e come si fa. L'azione strategica infatti spesso si è centrata prevalentemente sull'efficienza; il processo di *budgeting* è stato

troppo frequentemente inteso solo come uno strumento per risanare i bilanci. L'innovazione si è tradotta in tagli, a volte indiscriminati, e in razionamento. Molti operatori hanno visto snaturarsi il loro ruolo professionale e hanno cominciato a percorrere la via della demotivazione. In quest'ultimo decennio anche altri settori, oltre alla sanità, sono stati investiti da importanti cambiamenti. Tra questi vanno ricordati almeno:

- la riforma del pubblico impiego;
- il federalismo fiscale;
- l'introduzione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea);
- la riforma federalista dello Stato.

Tutte queste innovazioni sono avvenute in un contesto sociale in cui aumentano i bisogni di assistenza, le patologie di tipo cronico degenerativo prevalgono su quelle acute<sup>2</sup>, c'è un allungamento della speranza di vita ed emergono nuovi bisogni anche in relazione ai flussi migratori. A tal proposito solo alcuni dati:

- la crescita continua degli over 65 fino al 2045, anno in cui raggiungerà il valore dei 18,5 milioni di unità, circa 8 milioni in più rispetto agli attuali;
- la speranza di vita per il 2050 attestata per gli uomini a 81,4 anni e a 88.1 per le donne;
- l'indice di dipendenza degli anziani (popolazione con più di 65 anni rispetto alla popolazione tra i 20 e i 64 anni) passerà dagli attuali 29.4% al 68.6% del 2050.

### La proposta della Federazione Ispasvi

Nel contesto e nelle prospettive sopra delineate, la proposta di questa Federazione non può che partire dai valori che hanno ispirato e trovato esplicitazione nel Patto infermiere-cittadino e nel Codice deontologico dell'infermiere (C.D.): centralità della persona, solidarietà, equità.

L'infermiere:

- riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione (C.D. 2.2);
- contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse (...) (C.D. 2.7);
- agisce senza condizionamenti da pressioni o interessi personali provenienti da persone assistite, altri operatori, imprese, associazioni, organismi (C.D. 3.5).
- contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale (C.D. 6.1).

Da ciò discende l'esigenza di un'organizzazione sanitaria

## Schema 1

**Centralità della persona, solidarietà ed equità**

- non deve essere dato tutto a tutti ma il meglio a chi ne ha bisogno;
- ciascuno contribuisce alla spesa sanitaria non in rapporto ai servizi fruiti ma alle possibilità economiche;
- ciascuno ha diritto ad essere informato e di scegliere all'interno delle strategie terapeutiche di dimostrata efficacia, quelle più rispondenti al proprio "progetto di vita", cioè congruenti con la sua cultura, i suoi valori, le sue abitudini;
- tutti devono avere lo stesso diritto di accedere a servizi di qualità erogati a un elevato livello di competenza;
- tutti devono avere lo stesso diritto di fruire di interventi appropriati;
- tutti devono poter avere la consapevolezza che a maggiori interventi sanitari non corrisponde automaticamente un più elevato livello di salute;
- tutti sono informati e partecipano alla valutazione del servizio ricevuto.

dove possano trovare spazio anche tipologie di partnership "pubblico/privato", ma che mantiene pubblico il suo governo e in cui la centralità della persona, la solidarietà e l'equità "contributiva" e "distributiva" si articolano in modo chiaro (Schema 1).

I diversi organi di stampa ci informano costantemente dell'aumento vertiginoso della spesa pubblica e evidenziano che, in questo aumento, l'imputato principale è la spesa sanitaria, ormai incontrollabile.

Vengono avanzate proposte di rimedio attraverso diverse e nuove forme di contribuzione. Ciascuno di noi, nella sua realtà è coinvolto in tentativi di risparmio e contenimento che spesso però, non rappresentano progetti razionali di allocazione e uso efficiente delle risposte rispetto a progettualità ben calibrate, ma un vero e proprio razionamento delle stesse. In mancanza di una seria programmazione, i tagli e i contenimenti, alle volte, si presentano come una riduzione acritica dei capitoli di spesa. Il processo di budgeting frequentemente è impostato non su obiettivi da raggiungere e risorse da impiegare, ma su costi e ricavi. Invece sappiamo bene, e le teorie economiche ce lo insegnano, che le aziende per risanare i bilanci non devono solo risparmiare ma anche investire, soprattutto in qualità del patrimonio umano e tecnologico.

Permettetemi un esempio. La fabbrica che produce mocassini non risparmia sul cuoio confezionando scarpe più piccole, ma cerca di immettere sul mercato un prodotto competitivo, soprattutto in termini di qualità; fa in modo che il cliente voglia "quelle" scarpe e non si accontenti di un prodotto più scadente. Il successo di questo tipo di aziende è legato soprattutto al capitale umano.

Noi in sanità a volte assistiamo a situazioni in cui il volu-

me di attività è più importante dei risultati raggiunti (ricorrendo alla metafora utilizzata prima: abbiamo prodotto tante scarpe, utilizzando meno cuoio possibile con il risultato che abbiamo fatto indossare scarpe strette a tutti o scarponi a chi doveva andare al mare!).

Frequentemente noi infermieri analizzando criticamente la realtà in cui siamo inseriti ci poniamo tanti interrogativi. Perché così tanti esami inappropriati? Qual è il reale livello di appropriatezza dei molti ricoveri? La dispersione e la duplicazione dei servizi riesce a garantire la competenza professionale elevata degli operatori e la disponibilità delle tecnologie necessarie? Sono state implementate le linee guida? Sono stati analizzati i percorsi e i profili di cura? Si è diffusa una pratica clinica basata sulle prove di efficacia? Si sono sviluppati progetti di "presa in carico globale" e di guida dei cittadini all'interno dei servizi? Qual è il livello di fiducia della cittadinanza nei confronti dei servizi e degli operatori? Come mai aumenta il numero delle persone che si rivolgono a più professionisti per lo stesso problema? L'informazione alla cittadinanza è capillare e diffusa? Si è ridotta la medicalizzazione della salute?

È evidente che ci sono ancora molti ambiti di miglioramento. Non è stato fatto il possibile per ridurre gli sprechi e offrire prestazioni realmente appropriate. Mentre non possiamo ignorare che qualsiasi forma di contribuzione aumentata senza tenere in giusto conto le possibilità economiche di ciascuno, produrrebbe non solo risultati sanitari, ma anche economici, disastrosi.

Per riuscire a coniugare una copertura sanitaria adeguata a costi sostenibili, è necessario riprogettare i servizi sulla base dei livelli essenziali e appropriati di assistenza (ciò che deve essere garantito dall'intervento pub-

blico con finalità collettiva), puntando sulla continuità assistenziale infrastrutturale, interstrutturale e interaziendale.

Nell'ultima *Relazione sullo stato sanitario del Paese* si evidenziavano i risultati raggiunti dal Ssn e i problemi da affrontare, tra cui la necessità, nell'erogazione delle cure, di una maggior attenzione alle esigenze dei cittadini.

*"I successi non sono mancati – si legge nella Relazione – ma è mancata una cultura medica e manageriale incentrata sul paziente. In termini di 'qualità percepita', i cittadini non sono soddisfatti, come risulta da sondaggi di opinione e da migliaia di contatti avuti negli ospedali dai centri di relazione con il pubblico.*

*Mancano ancora oggi al nostro sistema soprattutto tre cose: una maggiore personalizzazione e umanizzazione delle cure; il diritto all'informazione; il confort delle prestazioni alberghiere. Manca inoltre un numero adeguato di infermieri che in una moderna organizzazione sanitaria svolgono un compito essenziale e fondamentale. Mentre siamo il Paese che si permette di avere un medico ogni 200 abitanti, obiettivamente troppi rispetto alle necessità. Ai nostri medici comunque va garantita una formazione continua che dia loro un aggiornamento puntuale e completo".*

Il lento ma inesorabile cambiamento paradigmatico della medicina, con lo spostamento dell'oggetto di studio dal malato alla malattia, ha determinato un'evidente difficoltà a far dialogare una medicina assolutamente parcellizzata con le istanze dei cittadini e con la loro richiesta di una maggior partecipazione e umanizzazione dei servizi.

Questa è una sfida che noi infermieri possiamo raccogliere. Riteniamo infatti di poterci impegnare per lo sviluppo di un sistema che enfatizzi e valorizzi il ruolo e il contributo del nursing all'interno del sistema.

### Un sistema sanitario modellato sulla logica del "Governo Clinico" con l'integrazione del "Governo assistenziale"<sup>3</sup>

Un modello di Governo Clinico-Assistenziale si incentra:

- sull'appropriatezza delle prestazioni rispetto alle necessità cliniche e assistenziali;
- sulla sicurezza degli ambienti e delle prestazioni sia per gli utenti che per i lavoratori;
- sulla tempestività e la continuità della cura che qualificano il servizio reso;
- sulla comunicazione con gli utenti, fra i componenti delle équipes e tra le diverse équipes;

Questo modello si sviluppa in organizzazioni in cui:

- vengono chiaramente definite le linee di responsabili-

tà per la qualità complessiva delle cure. A tal proposito è bene ricordare che le organizzazioni sanitarie sono organizzazioni complesse; le strategie di governo di tipo lineare, con una forte gerarchia, hanno dimostrato tutta la loro inadeguatezza. Non è infatti possibile semplificare quello che è complesso, bisogna essere in grado di negoziare le incertezze le contraddizioni insite nel sistema, la complessità è ineludibile. I problemi complessi non possono essere affrontati in maniera frammentaria, ma attraverso la responsabilizzazione e l'integrazione dei saperi e dell'agire. L'indebolimento della percezione del globale conduce all'indebolimento della responsabilità (in quanto ciascuno tende a essere responsabile solo del suo compito specializzato), nonché all'indebolimento della solidarietà (in quanto ciascuno non sente più il legame con gli altri)<sup>4</sup>;

- vengono progettati e sviluppati programmi di miglioramento della qualità, per la revisione delle pratiche sanitarie in atto, sulla base delle evidenze e attraverso il confronto multiprofessionale e multidisciplinare;
- vengono sostenute organizzazioni in cui si riconoscono e si valorizzano gli apprendimenti, i saperi interni e i significati e i valori attribuiti dagli operatori al lavoro e non si ignora che le aziende non sono solo comunità di produzione di prestazioni ma anche comunità di apprendimento e di sviluppo di cultura;
- vengono definite le politiche per la gestione dei rischi e degli effetti indesiderati connessi alle pratiche sanitarie e vengono implementate strategie per la loro riduzione;
- vengono implementate procedure per individuare la scarsa performance professionale e per migliorarla.

L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate ed aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci.

L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati al fine di migliorare l'assistenza infermieristica (C.D. 3.1).

### Centralità della persona assistita e appropriatezza, come si traducono nell'assistenza?

L'aumentato bisogno di assistenza e l'esigenza di allocare le risorse secondo criteri di razionalità ed efficacia e la



necessaria garanzia di continuità delle cure, impongono un ripensamento dell'assistenza infermieristica nei servizi. In particolare occorre:

- implementare modelli di assistenza congruenti con il contesto italiano;
- implementare modelli organizzativi che tengano conto della multidimensionalità dei problemi e quindi della differenziazione delle risposte;
- sviluppare una pratica infermieristica avanzata basata sulle prove di efficacia.

La complessità caratterizza le organizzazioni in cui siamo inseriti.

Edgar Morin afferma che la sfida della complessità ci impone di "apprendere a navigare in un'oceano di incertezze attraverso arcipelaghi di certezza"<sup>5</sup>.

Gli elementi che caratterizzano la complessità organizzativa sono riassumibili in<sup>6</sup>:

- livello di incertezza del sistema;
- livello di interdipendenza;
- livello di decentramento della discrezionalità decisoria;
- dimensione;

Partendo da questi elementi, un gruppo di colleghe<sup>7</sup>, cui ho già accennato sopra, ha elaborato un modello che intende leggere, interpretare e stimare la complessità presentata dalle persone assistite, anche al fine di identificare le modalità di risposta infermieristica più appropriata. La lettura del nostro profilo professionale - Dm 739/94 - evidenzia che:

- l'oggetto di studio dell'infermiere è la persona, il gruppo e la comunità in rapporto al bisogno di assistenza infermieristica;
- la risposta dell'infermiere ai bisogni di assistenza infermieristica della persona è di natura tecnica, educativa e relazionale<sup>8</sup>.

Nel modello di lettura della complessità assistenziale la persona assistita viene considerata in rapporto:

- alla sua condizione di salute /malattia
- alla sua "competenza".

Competenza è una di quelle parole che utilizziamo quotidianamente, nella convinzione che tutti ne condividano il significato. In realtà questo termine può assumere diverse accezioni ed in questo modello si è assunta quella di Le Bofert (1995): "La competenza non risiede nelle risorse (conoscenze, capacità cognitive, abilità, ...) da mobilitare, ma nella loro mobilitazione. La competenza rientra nel concetto di saper mobilitare. Perché ci sia competenza è necessaria la messa in campo di un repertorio di risorse. Questo bagaglio è la condizione della competenza. La competenza è un saper agire".

In questa definizione, quindi, la competenza è riconducibile a due variabili:

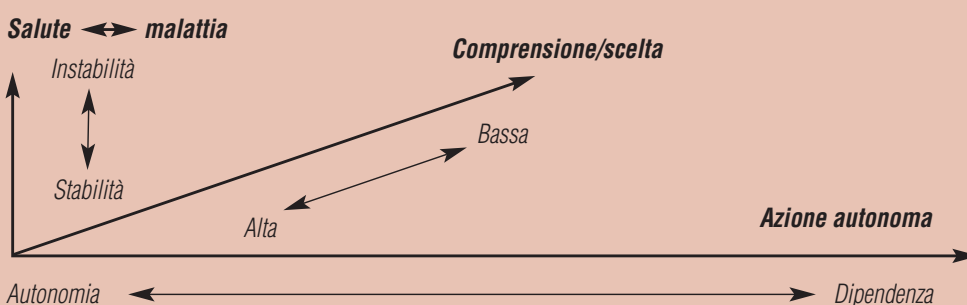
- la possibilità di scegliere quello che si vuole fare; cosa "scegliere", presuppone di essere di fronte a più alternative, quindi il prerequisito della scelta è la conoscenza e l'informazione;
- la possibilità di fare quel che si è scelto e quindi di agire.

Nel successivo Grafico 1 sono rappresentate le tre variabili che determinano la necessità di assistenza infermieristica e che ne specificano ulteriormente l'oggetto di studio, cioè la persona nella condizione di salute/malattia. Nel concetto di complessità assistenziale, in base alla definizione di competenza considerata, i bisogni di assistenza infermieristica della persona sono determinati da tre dimensioni, strettamente interrelate in un rapporto di reciproca influenza:

- 1° dimensione: condizione di salute/malattia;
- 2° dimensione: comprensione delle proprie necessità

Grafico 1

### Variabili per determinare la necessità di assistenza infermieristica



in relazione al punto 1 e scelta consapevole dei comportamenti idonei;

- 3° dimensione: possibilità di mettere in atto autonomamente le azioni e i comportamenti che si è deciso di intraprendere.

Le tre dimensioni determinano e qualificano i bisogni di assistenza infermieristica, quindi l'area di azione, di responsabilità e le tipologie di intervento dell'infermiere (Grafico 2).

L'infermiere si esprime, quindi, attraverso competenze:

- tecniche, riconducibili alle procedure diagnostiche, terapeutiche, di sostegno alle funzioni vitali e di soddisfazione dei bisogni di base (dimensione 1 e 3);
- educative/relazionali, finalizzate a una modificazione consapevole del comportamento della persona assistita – o delle sue persone di riferimento –, per adottare stili di vita che contribuiscano a mantenere o a ristabilire la salute o a riprogettarsi in conseguenza alla condizione patologica (dimensione 2);
- pianificatorie, di supervisione e verifica del proprio in-

tervento e/o di quello del personale di supporto (dimensione 3).

Per competenza professionale si intende comunemente l'uso abituale e ragionevole delle conoscenze, abilità comunicative, tecniche, ragionamento diagnostico, emozioni, valori e riflessione nella pratica quotidiana per il beneficio del singolo e della comunità servita<sup>9</sup>. Si possono però aggiungere ulteriori specificazioni.

La condizione di salute/malattia della persona viene vista soprattutto in termini di stabilità – instabilità clinica, legata non solo alla stabilità – instabilità delle funzioni vitali, perché anche la crisi psichiatrica rappresenta un esempio di instabilità clinica.

Ad alta instabilità clinica corrisponde bassa discrezionalità decisoria dell'infermiere a cui è richiesta un'elevata competenza scientifico-operativa e un'alta capacità di integrazione con il professionista sanitario prescrittore. È l'area che riguarda prevalentemente i processi diagnostico-terapeutici, quindi l'area, secondo il profilo professionale, prevalentemente collaborativa.

Grafico 2

**Dimensioni che determinano l'area di azione di responsabilità dell'infermiere**

**Intervento tecnico autonomo o su prescrizione**

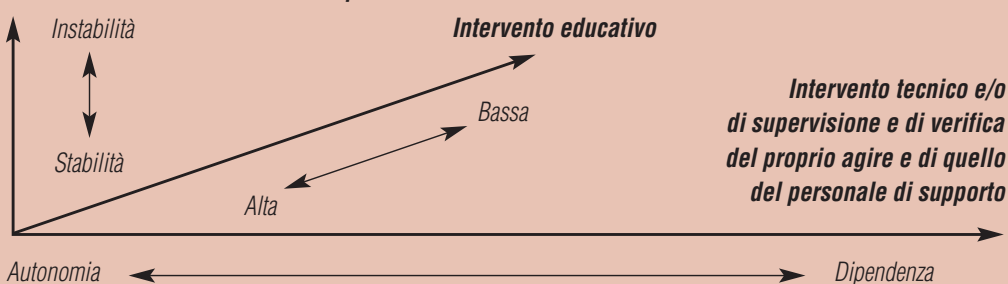
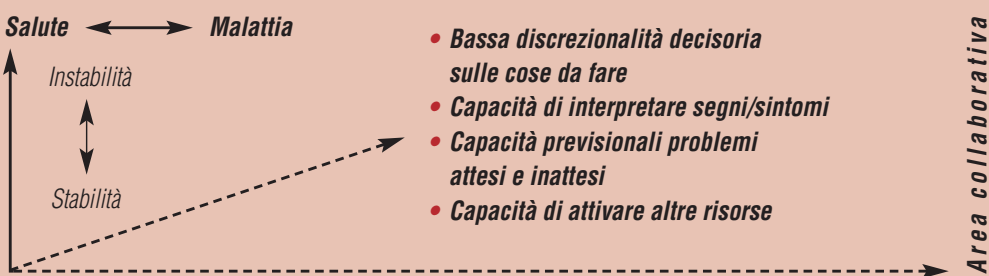


Grafico 3

**Variabile che determina l'area di collaborazione con il medico**



In questo caso la discrezionalità decisoria dell'infermiere è bassa (nel senso che è chi prescrive che definisce il cosa fare), mentre permane un'elevata tipologia di scelta gestionale ossia, il decidere come e quando attuare le prescrizioni, e una specifica e autonoma responsabilità di prevedere e intervenire di fronte ai problemi attesi e inattesi, interpretando la situazione clinica attraverso segni e sintomi e indizi anche molto sfumati (Grafico 3).

Nella seconda variabile si prende in considerazione la capacità di comprensione e scelta della persona assistita. In questo caso, il ruolo dell'infermiere è quello di mobilitare le risorse della persona, e delle sue persone di riferimento, al fine di creare le condizioni per gestire e operare scelte consapevoli, e adottare comportamenti idonei per ristabilire la propria salute, per mantenerla o per ridefinire il proprio progetto di vita in rapporto alla propria condizione.

L'intervento è eminentemente educativo. Educare non significa solo trasmettere conoscenze, ma presuppone il favorire lo sviluppo di comprensione e l'acquisizione di abilità. A una minore comprensione/scelta dell'assistito corrisponde un'elevata e specifica competenza educativa/relazionale dell'infermiere o la completa sostituzione. L'in-

tervento educativo deve sempre essere agito dall'infermiere (Grafico 4).

Nella terza variabile si prende in considerazione la possibilità di mettere in atto i comportamenti decisi consapevolmente e autonomamente. Esistono situazioni assistenziali in cui la persona sa cosa vorrebbe e cosa dovrebbe fare ma non può farlo. Il caso limite è rappresentato dal paziente tetraplegico cosciente e consapevole che non è però in grado di assolvere neanche alle banali attività di vita quotidiana (Grafico 5).

Questa è l'area dell'autonomia e della dipendenza della persona presa in carico, la variabile che più di altre è stata utilizzata per stimare i carichi di lavoro infermieristici. Ora, noi sappiamo che non tutti gli interventi collegabili a questa variabile sono di stretta pertinenza infermieristica.

Il neonato sicuramente rappresenta una condizione di estrema dipendenza, e necessità di cure e assistenza, ma non necessariamente quell'assistenza deve essere di tipo sanitario e quindi infermieristico.

Per la determinazione dei carichi di lavoro bisogna quindi spostarsi da un modello incentrato sulla dipendenza della persona, a un modello che si fonda sulla comples-

Grafico 4

*Variabile che determina la capacità di scelta autonoma della persona*

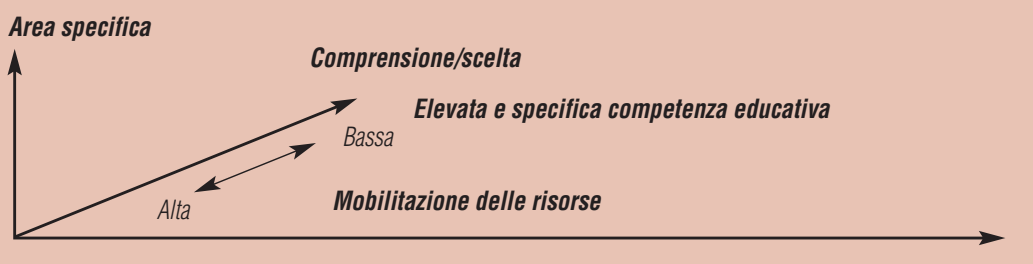
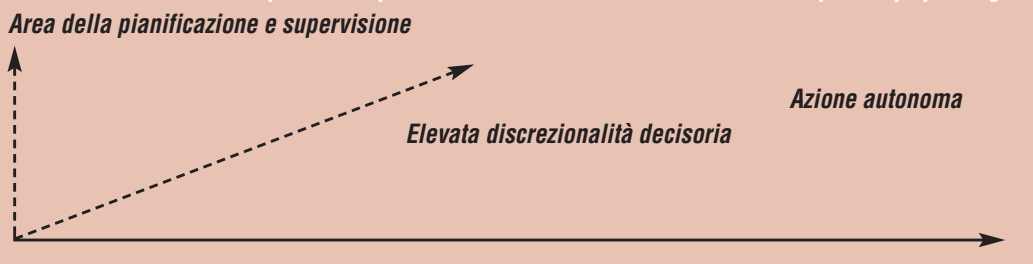


Grafico 5

*Variabile che determina la capacità della persona di effettuare autonomamente azioni in risposta ai propri bisogni*



sità assistenziale della persona e nel quale la dipendenza costituisce solo una delle variabili.

Gli interventi legati alla “dipendenza” possono, su specifica valutazione infermieristica, essere demandati ad altri operatori.

A una diminuita possibilità di azione dell'assistito corrisponde un'elevata discrezionalità decisoria dell'infermiere che valuta se effettuare direttamente gli interventi o se demandarli agli operatori di supporto. In questo caso l'infermiere mantiene la responsabilità pianificatoria, la supervisione e la verifica di quanto effettuato da altri. L'infermiere comunque è sempre responsabile dell'assistenza ricevuta dal paziente.

Ricondurre l'assistenza infermieristica esclusivamente al grado di autonomia- dipendenza dell'assistito, nel passato ha determinato una “infermieristizzazione” del sistema portando a pensare che tutti i bisogni dell'assistito, indipendentemente dalle condizioni di salute, siano di stretta pertinenza infermieristica, contribuendo a un utilizzo improprio dell'intera categoria. Infatti, molte indagini effettuate in alcune realtà regionali e nazionali hanno evidenziato che in questo momento le attività svolte dal professionista infermiere in molte unità operative sanitarie e socio-sanitarie non sono di tipo “sanitario” (alzata in poltrona, aiuto all'alimentazione o idratazione, igiene personale, ...).

L'inserimento dell'Oss (operatore socio-sanitario) impone di ripensare il lavoro infermieristico al fine di renderlo più rispondente al mandato ricevuto dalla società (personalizzazione dell'assistenza, prestazioni ad elevata tipologia scientifica operativa, educazione e relazione) anche continuando a sviluppare competenze cliniche avanzate.

Sicuramente preoccupa sia che la nascita di questa figura professionale sia stata determinata anche dalla grave carenza di personale infermieristico, sia che qualcuno più o meno velatamente pretenda di sostituire gli infermieri con gli Oss specializzati. Siamo tuttavia consapevoli che gli infermieri, in molte situazioni, non hanno potuto esercitare al meglio la propria professionalità proprio perché non coadiuvati da altre figure. Per questo non ci preoccupa l'inserimento di figure di supporto alla nostra assistenza, visto che la professionalità dell'infermiere si gioca su fronti del tutto diversi e assai complessi. Anzi ci auguriamo che, finalmente, non si utilizzerà più tanto tempo a insegnare il rifacimento del letto vuoto.

Se la professionalità dell'infermiere si giocherà attraverso il modello della complessità presentato, le sue competenze si declineranno:

- nella capacità di interventi ad alta componente tecnico-scientifica;
- nella capacità di valutare, decidere se fare direttamente o demandare;
- nella capacità di educare all'acquisizione di competenze orientate all'autocura, alla consapevolezza del proprio stato e alla scelta consapevole di ciò che può aumentare il grado di indipendenza anche dal professionista sanitario.

Ma quale contesto organizzativo e gestionale dovrà essere posto in essere perché gli infermieri siano posti nelle condizioni di esprimersi al meglio e di contribuire al buon andamento del sistema in cui operano?

È necessario che in ogni organizzazione sanitaria vi sia un dipartimento, un servizio o quant'altro a cui devono potersi riferire tutti gli infermieri e coloro che li coadiuvano che, diretto da un infermiere/dirigente sanitario in stretta sinergia con la direzione generale e sanitaria dell'azienda effettui e garantisca con autonomia e discrezionalità decisoria riconosciuta:

- l'analisi e la valutazione dei processi assistenziali posti in essere nell'intero ambito aziendale;
- il richiamo costante ai valori etici, alle norme deontologiche, alla mission aziendale;
- l'orientamento, la promozione, l'implementazione e la valutazione delle attività e delle prestazioni di natura curativa, preventiva, riabilitativa e informativo/educativa poste in essere per raggiungere o per collaborare al raggiungimento, degli obiettivi di salute definiti dalla direzione e dalle diverse strutture operative aziendali;
- la definizione delle modalità e l'elaborazione degli strumenti attraverso cui:
  - definire il fabbisogno e l'allocazione del personale infermieristico e di supporto assistenziale nelle diverse strutture aziendali e/o convenzionate con l'azienda,
  - valutare la qualità, pertinenza, appropriatezza ed efficacia/efficienza delle attività e delle prestazioni poste in essere dal personale infermieristico e di supporto all'assistenza infermieristica;
  - effettuare la valutazione permanente del personale infermieristico e di supporto all'assistenza infermieristica;
  - rilevare il fabbisogno formativo e attivare le iniziative di formazione permanente aggiornamento (Ecm);
  - individuare, progettare e porre in essere interventi di ricerca/indagine/studio per definire, migliorare, modificare, integrare i flussi informativi, i modelli assisten-

ziali e organizzativi, le tipologie prestazionali e quant'altro contribuisca ad elevare la qualità delle cure e dell'assistenza e al buon andamento dell'azienda.

È necessario altresì che l'infermiere/dirigente sanitario possa godere sistematicamente e strutturalmente di infermieri/dirigenti sanitari di struttura semplice, che li coadiuvano nelle unità operative.

Tenendo come riferimento il modello della complessità assistenziale, possiamo pensare che il ruolo di questo infermiere/dirigente sanitario di struttura semplice, sia quello di creare le condizioni affinché l'infermiere possa impiegare il suo sapere disciplinare per risolvere i problemi di salute del cittadino all'interno di una struttura aziendale in cui è necessario interagire con altri professionisti, con più direzioni – tra cui quella infermieristica – e in cui ci sono dei vincoli di budget che non si possono ignorare. Nel contesto sanitario, altamente complesso, il saper creare e conservare una rete, che unisca e interfacci i diversi attori e gli strumenti del progetto sanitario, risulta di fondamentale importanza per riuscire a dare delle risposte appropriate ai bisogni infermieristici dei cittadini.

Il ruolo dell'infermiere/dirigente sanitario di struttura semplice può essere identificato con le seguenti funzioni:

- tradurre gli orientamenti e gli obiettivi aziendali in obiettivi operativi attraverso scelte organizzative gestionali;
- definire il modello di erogazione delle prestazioni infermieristiche e tecnico alberghiere e promuovere sistemi di valutazione nell'ottica del miglioramento continuo;
- promuovere e sostenere l'assistenza infermieristica personalizzata coerentemente con lo sviluppo normativo e professionale;
- individuare il fabbisogno formativo del personale;
- assicurare il raggiungimento degli obiettivi di tirocinio degli studenti infermieri e promuovere la formazione permanente;
- promuovere e attivare il processo di attribuzione agli operatori di supporto di attività non sanitarie, e sanitarie – per tramite della pianificazione infermieristica – agli stessi operatori, formati, di cui comunque gli infermieri conservano la responsabilità complessiva del processo in cui sono inserite tali attività;
- sviluppare con i Professionisti di riferimento sistemi di programmazione e pianificazione relativa all'approvigionamento, all'utilizzo delle risorse materiali e tecnologiche in funzione dell'attività produttiva presunta, nel

rispetto del budget concordato e dei relativi obiettivi aziendali;

- concordare e garantire il mantenimento dell'attività produttiva dell'unità assistenziale programmando le modalità di impiego del personale infermieristico e tecnico sanitario.

E infine, ma non perché meno importante, è bene sottolineare che tale contesto organizzativo implica una trasformazione della responsabilità dell'infermiere da prevalentemente clinica, a una responsabilità clinica e gestionale di risorse materiali e umane.

Non a caso l'ultimo contratto di lavoro lo colloca nella categoria D. Responsabilizzare sull'uso delle risorse implica riconoscere una valenza manageriale a chi determina, con il suo comportamento, il successo economico di una organizzazione. La concentrazione delle conoscenze manageriali solo in alcune figure non è funzionale a una struttura sanitaria che deve occuparsi di complessi bisogni di salute che implicano una integrazione di saperi diversi.

Si tratta quindi di cambiare la cultura organizzativa, con l'ottica dello sviluppo delle risorse, riconoscendo che il risultato sanitario è il prodotto di numerose sinergie e che la qualità del servizio offerto dipende in primo luogo dalla professionalità e dalla motivazione degli operatori, sappiamo tutti che in questo momento, in molte realtà, il nostro lavoro non è gratificante, a volte gli infermieri hanno l'impressione di portare acqua senza neanche sapere chi ha sete.

L'abbandono precoce della professione e la diminuzione del numero delle persone che vogliono intraprenderla, sono due fenomeni che devono farci riflettere anche sulle condizioni organizzative in cui continuano ad operare.

Occorre implementare modelli organizzativi che favoriscano lo sviluppo di autonomia e l'assunzione di responsabilità in integrazione con il gruppo di lavoro. Ricorrendo alla metafora utilizzata poco fa, si tratta di decidere cosa dare da bere a chi ha sete.

In questi anni la Federazione ha contribuito al raggiungimento di importanti risultati quali, ad esempio:

- *profilo professionale* che delinea il ruolo di un professionista della salute autonomo;
- *laurea* che non rappresenta solo il cambiamento della sede formativa ma costituisce il presupposto per lo sviluppo scienza infermieristica;
- *dirigenza* su livelli diversificati che riconosce responsabilità gestionali specifiche e consente l'attivazione di servizi e dipartimenti infermieristici;

- *contratto* che con il passaggio alla categoria D ha sancito una diversa operatività e responsabilità degli infermieri e che ha introdotto il riconoscimento di uno sviluppo di carriera, non solo verticale ma, anche orizzontale.

Questi risultati rappresentano una condizione non suffi-

ciente ma sicuramente necessaria per cambiare una realtà che a volte sembra immutabile.

Ma anche i traguardi raggiunti, solo sino a pochi anni fa sembravano irraggiungibili! Il loro raggiungimento ci insegna che vale la pena di credere nella nostra forza e di impegnarsi!

### Note bibliografiche

1. Ideato da un gruppo di colleghe della Regione Friuli-Venezia Giulia (Finos, Pellizzari, Pitacco e Silvestro, 2001)
2. Piano sanitario nazionale.
3. *Il Governo Clinico: una garanzia di qualità*, documentazione del VI Master Agenzia regionale sanità, Regione Emilia Romagna. Convegno della Federazione Collegi Ipasvi, *Infermieri: la sanità che vogliamo*, Roma, 22 marzo 2001.
4. Edgar Morin, *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2001, pagg. 40 - 41.
5. *Ibidem*, pag. 14.
6. Roberto Vaccani, *La sanità incompiuta*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1991.
7. Convegno della Federazione Collegi Ipasvi, *Indicatori e standard per l'assistenza infermieristica*, Firenze 13 aprile 2002.
8. Non rappresenta una tipologia di risposta ma la natura stessa della pratica infermieristica. Affermare che l'intervento è di natura relazionale è una tautologia: qualsiasi attività umana sia essa di natura tecnica o educativa presuppone una relazione. Probabilmente si è sentito la necessità di esplicitarlo nel profilo proprio perché in ambito sanitario e in particolare nella medicina, l'ottica si è spostata dal malato alla malattia.
9. Epstein, Humbert, JAMA 2002

# La filosofia del progetto formativo della Federazione Ipasvi

di Loredana Sasso\*

*Solo il saggio non smette di avere sempre presente il tutto, non dimentica mai il mondo, pensa e agisce in rapporto al cosmo.*

Groethuysen

## Il contesto in cui ci muoviamo

Un luogo comune nella letteratura che analizza la crisi del rapporto struttura sanitaria-cittadino considera una conseguenza dell'alta specializzazione e dell'evoluzione scientifica l'impovertirsi dei rapporti umani e il progressivo allontanamento dei tecnici dalle persone.

Le recenti acquisizioni biomediche, il nuovo assetto del sistema sanitario e la diffusione di metodologie di supporto per la pratica clinica, e le evidenze scientifiche hanno determinato una spinta verso dimensioni specialistiche del sapere e della ricerca che hanno portato un reale impoverimento delle capacità umane di generalizzazione delle conoscenze, in particolare della capacità dei professionisti di collegare i "saperi specifici" alla dimensione globale della persona.

Contrariamente all'opinione diffusa, lo sviluppo di attitudini generali della mente permette un migliore sviluppo delle competenze particolari o specializzate. Più potente è l'intelligenza generale, più grande è la capacità di trattare problemi specifici. La formazione, ad ogni livello, deve favorire la capacità naturale della mente di porre e risolvere problemi.

A questo proposito, accingendomi a preparare il mio intervento, mi ha colpito rileggere un piccolo ma significativo testo di Edgar Morin, *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*<sup>1</sup>. Questo testo, che è stato pubblicato per la prima volta dall'Unesco nel 1999, affronta i problemi legati alla formazione nei prossimi anni partendo da alcune considerazioni:

- la formazione, che ha come oggetto la conoscenza, deve potenziare la capacità di riconoscere gli errori;
- la conoscenza deve essere pertinente, cioè sviluppare l'attitudine della mente umana a situare tutte le informazioni in un contesto di insieme;

- occorre insegnare l'unità complessa della natura umana, fisica, biologica, psichica, culturale, sociale, storica;
- occorre insegnare l'identità terrestre, cioè mostrare come nel XXI secolo tutti gli esseri umani, siano posti di fronte agli stessi problemi di vita e di morte;
- occorre insegnare ad affrontare le incertezze, i rischi dell'inatteso per affrontarlo;
- occorre insegnare la comprensione fra gli umani per sviluppare reciproche tolleranze;
- occorre formare ad un'etica della responsabilità.

A questi richiami, nessun formatore può sottrarsi, nessun livello formativo può dirsi escluso, questi "saperi" dovranno essere perseguiti e inseriti nei vari percorsi formativi perché il genere umano apprenda la complessità e la fragilità del vivere insieme nella pace.

Questa impostazione mira a una lettura globale della realtà umana e in particolare è una riscoperta di quel tutto che è un qualcosa di più della somma delle sue singole parti. Il contatto con l'altro uomo, singolo, unico, irripetibile, così simile eppure diversissimo apre ad un relazionarsi ascoltante dell'altro che diviene unica possibilità per una formazione che sottenda autenticamente la dimensione umana<sup>2</sup>.

Per affrontare questi orientamenti la formazione delle professioni sanitarie deve riconsiderare i propri riferimenti teorici e aggiornare i propri statuti epistemologici per fornire al professionista strumenti che lo rendano in grado di affrontare oltre alle scoperte scientifiche la dimensione personale di ognuno nelle condizioni di salute e malattia.

Il progetto formativo della Federazione nazionale Ipasvi muove da queste considerazioni e vuole essere un contributo al dibattito e alla progettazione formativa che in ogni sede universitaria si è avviata o si sta avviando.

Si tratta di una linea di indirizzo, di una proposta metodologica, ma non solo. Afferma anche una posizione culturale che l'organismo di rappresentanza nazionale degli infermieri intende sostenere, dichiarando, attraverso la

\* Segretaria della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi

definizione delle attività professionali e degli obiettivi educativi, il contributo specifico in termini di competenze che la nostra professione intende:

- offrire alla società, con l'auspicio di fornire risposte adeguate ai cittadini e favorire l'incremento del valore sociale riconosciuto alla professione;
- condividere con formatori e studenti, con l'auspicio di rendere più sinergici gli sforzi comuni di questi attori, ancorandoli a un progetto professionale esplicito e consensualmente accettato;
- confrontare con le altre professioni sanitarie, in quanto si ritiene fondamentale che nell'approccio multiprofessionale, indispensabile per affrontare i problemi di salute di una persona, si possa contare su una visione e una proposta infermieristica precisa produttiva, ben identificabile all'interno dell'équipe.

### Le radici del progetto

L'avvio del progetto formativo della Federazione nazionale Ipsvi risale al 1997.

Lo scenario di quel periodo era caratterizzato da notevole incertezza:

- il Dm 739/94 stentava a decollare data la permanenza in vigore del Dpr 225/74;
- la tabella XVIII ter appena entrata in vigore metteva in risalto le incongruenze di un sistema formativo centrato sulle discipline e lontano dalle necessità di apprendimento.

La formazione degli infermieri incominciava a confrontarsi con il sistema universitario mentre l'università italiana si preparava ad armonizzarsi con il sistema universitario europeo.

Con il decreto 509/99 trova compimento il progetto di riforma degli atenei iniziato in quegli anni. Tale riforma

prevede un sistema universitario flessibile, basato sulla libertà degli atenei nel darsi uno statuto un' autonomia amministrativa e finanziaria e un autonomo ordinamento dei corsi di studio.

Si tratta di un nuovo assetto complessivo organizzato con logiche caratterizzate da una maggiore flessibilità e da una maggior attenzione alla qualità dell'apprendimento e alle esigenze dello studente.

In questo nuovo assetto la formazione infermieristica si articola in laurea di primo livello, master e laurea specialistica (Schema 1).

### Laurea di primo livello

Il corso di laurea è il primo livello degli studi universitari. Requisito minimo per l'accesso scuola superiore quinquennale.

I corsi di laurea hanno una durata triennale e garantiscono l'acquisizione di specifiche competenze professionali per un adeguato inserimento nel mondo lavorativo. La laurea è rilasciata agli studenti che abbiano maturato 180 crediti<sup>3</sup>.

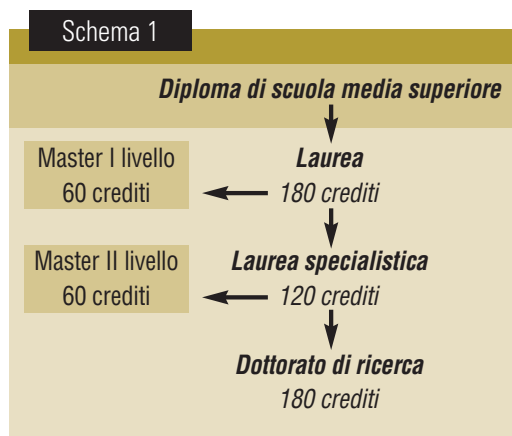
Obiettivo della laurea per infermiere è preparare gli studenti alle competenze proprie previste dallo specifico profilo professionale<sup>4</sup> in cui viene precisato che:

“ *L'infermiere:*

- *partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività*
- *identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi*
- *pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico*
- *garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico- terapeutiche*
- *agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali*
- *per l'espletamento delle sue funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera di personale di supporto*
- *contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca”.*

Queste competenze vengono agite professionalmente attraverso le seguenti funzioni:

- prevenzione/diagnosi precoce;
- assistenza;
- educazione terapeutica;
- gestione;
- formazione;
- ricerca.





## Master

I Master universitari sono titoli di studio rilasciati al termine della conclusione di corsi di perfezionamento scientifico o di alta formazione post laurea.

Dopo la laurea si può accedere al master di primo livello, dopo la laurea specialistica si accede a quello di secondo livello.

Alla frequenza dei Master sono ammessi coloro che abbiano maturato 60 crediti formativi o conseguito titoli professionali acquisiti in base alla normativa precedente ai sensi della Legge 1 dell'8 gennaio 2002.

Gli obiettivi dei Master di primo livello sono orientati a far approfondire, a un infermiere già laureato, competenze professionali in specifici settori dell'assistenza sanitaria: ad esempio, area critica, geriatria, pediatria, psichiatria, ecc.. "un infermiere, formato a livello di Master, ha acquisito avanzate competenze professionali gestuali, comunicative ed intellettive per lavorare in qualunque ambito operativo<sup>5</sup> in cui è necessario gestire strategie assistenziali infermieristiche globali, continue, tempestive, intensive e di elevata qualità<sup>6</sup>:

- in risposta ai bisogni di salute e ai problemi fisici, psicosociali complessi<sup>7</sup>, reali o potenziali, che si manifestano nelle persone dalla nascita alla fine della vita;
- riferite a particolari condizioni di elevata dipendenza o vulnerabilità<sup>8</sup> della persona assistita o di una comunità.

La struttura del percorso formativo proposto, articolandosi in 60 CFU (1500 ore), consente al professionista la possibilità di scegliere la sequenzialità dei moduli da approfondire, infatti la struttura di master secondo il progetto Ipasvi è illustrata nello Schema 2<sup>9</sup>:

Ogni modulo rappresentato ha una propria autonomia didattica e formativa e si conclude con una valutazione rilasciante un attestato di perfezionamento che certifica le competenze acquisite.

## Laurea specialistica

È rilasciata agli studenti che abbiano maturato ulteriori 120 crediti (durata biennale che si sommano ai 180 della laurea durata triennale) per complessivi 300 CFU. Il requisito di accesso è il titolo di laurea o titoli professionali acquisiti in base alla normativa precedente ai sensi della Legge 1 dell'8 gennaio 2002<sup>12</sup>.

*"Gli infermieri laureati specialisti (...) possiedono una formazione professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca (...) sono in grado di esprimere competenze avanzate di tipo assistenziale, educativo e preventivo in risposta ai problemi prioritari di salute della popolazione e ai problemi di qualità dei servizi"*<sup>15</sup>.

La filosofia del percorso formativo presentato prevede l'unitarietà delle competenze infermieristiche che non modificano le funzioni tra i vari livelli formativi, ma si sviluppano a diversi livelli di approfondimento e di complessità.

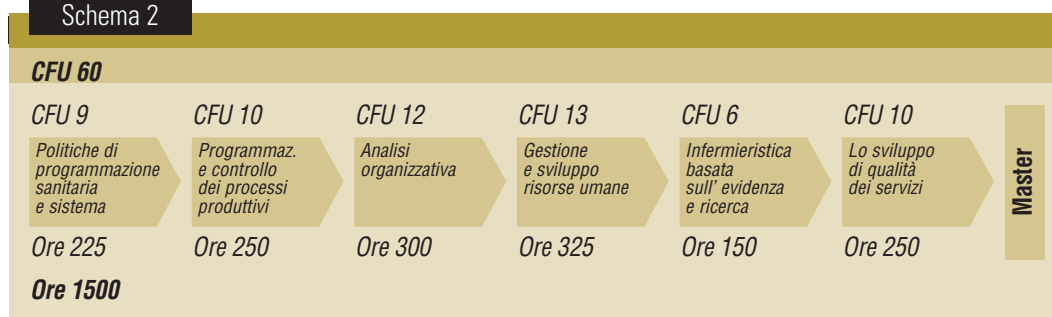
A livelli successivi di preparazione non corrispondono automaticamente ruoli diversi (come avveniva per le Scuole per Dirigenti e Docenti in Scienze infermieristiche).

Ma diverse modalità per affrontare problemi prioritari di salute e di qualità dei servizi, ne deriva che l'infermiere formato con laurea specialistica è un professionista che, esercitando competenze avanzate, è in grado di identificare, progettare, negoziare e realizzare in una logica multiprofessionale soluzioni a problemi non risolti che una realtà operativa presenta con l'intento di soddisfare i bisogni di salute della popolazione.

In questo scenario si inserisce la proposta complessiva di revisione metodologica della formazione infermieristica. Tale proposta prevede una revisione relativa a tutti e tre i livelli formativi appena esplicitati.

Il progetto ha seguito in tutte le sue fasi un "filo rosso" conduttore di ordine sia concettuale che metodologico

Schema 2



garantendone la continuità e la coerenza e vuole essere un contributo al dibattito e alla progettazione formativa che in ogni sede universitaria si è avviata o si sta avviando, adattabile, se condiviso, a qualsiasi contesto formativo.

## Principi di riferimento del progetto formativo

### La formazione per problemi

La formazione del personale sanitario rappresenta uno dei principali sistemi di sostegno della politica sanitaria. Pertanto, è fondamentale che essa si orienti verso la risoluzione dei problemi prioritari di salute della comunità.

L'approccio formativo centrato sui problemi prioritari stabilisce una forte e dinamica connessione tra la formazione del personale sanitario e la realtà operativa. D'altro canto, la realtà, a sua volta, presenta anche problemi di qualità; problemi connessi alle strategie operative, all'organizzazione del lavoro, alla gestione delle risorse professionali, tecnologiche ed economiche. Pertanto, la formazione che intende orientare l'apprendimento dello studente sui problemi prioritari nella realtà dei servizi, non può fare a meno di considerare i problemi di qualità di questi ultimi come ottime occasioni di apprendimento e come elementi di studio e ricerca su cui sperimentare strategie di soluzione.

L'apprendimento per problemi risulta coerente con la visione professionale che abbiamo delineata e anche efficace e coinvolgente per lo studente. L'esperienza delle sedi formative del network internazionale delle scuole innovative lo dimostra.

L'apprendimento basato sulla soluzione di problemi è un processo in base al quale un problema consente allo studente di apprendere come capirlo e come affrontarlo in vista di una sua soluzione. È un metodo che mantiene attivi e curiosi gli studenti di tutte le età, spingendoli a lavorare in piccoli gruppi e rendendo attraente l'apprendimento. Tutte condizioni fondamentali per garantire la pertinenza della formazione in linea con *I sette saperi* di cui si è parlato in premessa.

Un problema, pertanto, dal punto di vista dell'apprendimento è definibile come "una situazione stimolo nei confronti della quale un individuo non dispone di una soluzione già pronta. Si può dire che a partire dal momento in cui un individuo ha trovato una soluzione il problema cessa di esistere per quell'individuo, anche se può rimanere tale per un'altra persona che ha un livello di competenza inferiore<sup>12</sup>.

### L'apprendimento per obiettivi

Gli obiettivi sono le espressioni delle competenze professionali che ci si aspetta che lo studente acquisisca.

La definizione degli obiettivi educativi, all'interno del progetto formativo fondato sui principi sopra enunciati, non è un'operazione che può essere condotta totalmente a priori dai docenti. È piuttosto un processo che prende avvio e si autoalimenta nell'incrocio tra:

- un riferimento generale, costituito dalla lista di attività professionali che tratteggiano il profilo di competenza del professionista
- un contesto particolare determinato dai problemi reali che lo studente affronta
- il soggetto in apprendimento che è già portatore di competenze e a cui è richiesta una costante autovalutazione per identificare i propri bisogni educativi.

Una formazione che si fonda su obiettivi di competenza e non di semplice conoscenza e che, quindi, privilegia l'apprendimento all'insegnamento rappresenta in molte realtà un'innovazione non solo coerente da un punto di vista pedagogico ma anche coerente con la natura del lavoro dell'infermiere e dell'organizzazione che lo accompagna.

### Centralità del ruolo dello studente e dei suoi processi di apprendimento

L'apprendimento è un processo individuale, che viene attivato solo tramite il coinvolgimento della volontà della persona, e che non comporta necessariamente la presenza di un formatore. L'apprendimento è un processo che riguarda colui che apprende e che coinvolge il formatore nell'attivazione delle condizioni più efficaci perché l'altro apprenda.

Ne deriva che la sfida della formazione è quella di sostenere lo studente nel dotarsi di metodi e strumenti validi per rispondere, con un'azione professionale efficace e consapevole, ai problemi di salute dei cittadini. In questa prospettiva, da una parte lo studente assume il ruolo di protagonista del proprio progetto formativo, dall'altra il sistema formativo assume la responsabilità di facilitarlo nello sviluppo delle sue potenzialità, e di sostenerlo nel suo apprendimento.

Il contratto formativo rappresenta dunque l'incontro e l'impegno di due responsabilità: quella dello studente e quella del docente. In questa relazione il formatore e lo studente si impegnano rendendo esplicito il contributo reciproco per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti. Infine il contratto formativo non riguarda solo il momento

progettuale ma investe l'intero sviluppo dell'azione formativa, ponendo lo studente nella condizione di riflettere su se stesso e di confrontarsi con altri nell'assumere decisioni rispetto al proprio iter formativo.

### Dall'analisi della realtà le ragioni di una scelta

Nell'avviare la revisione dei percorsi formativi si è tentato di rispondere a tre domande:

- quale infermiere è più utile alla società?
- quali competenze egli deve padroneggiare per rispondere al suo mandato sociale?
- quale formazione è più utile perché lo studente possa acquisire queste competenze?

Gli orientamenti delle scelte attuate traggono ragione:

- dalla società,
- dai nuovi traguardi professionalizzanti già raggiunti in questi ultimi anni,
- dalle nuove logiche organizzative,
- dalla ricerca di un apprendimento più efficace.

Proviamo a esplorare brevemente queste motivazioni.

### La società esige risposte di qualità

Il mandato istituzionale di un sistema formativo professionale è rappresentato dalla qualità dei professionisti che immette sul mercato. Esso ha anche il dovere etico-sociale di proteggere la società dagli incompetenti. Metaforicamente, la realizzazione di un progetto formativo può rappresentare una sorta di estinzione di un debito sociale, costituzionale. Garantire la tutela della salute passa attraverso la capacità dei professionisti di affrontare i problemi di salute della popolazione.

Secondo quanto scrive Schon, *"nella variegata topografia della pratica professionale vi è un terreno stabile, a livello elevato, ove i professionisti possono fare un uso efficace di teorie e tecniche fondate sulla ricerca, e vi è una pianura paludosa ove le situazioni sono "grovigli" fuorvianti che non si prestano a soluzioni tecniche. La difficoltà sta nella circostanza che i problemi di livello elevato, per quanto grande sia il loro interesse tecnico, sono spesso relativamente poco importanti per i clienti o per la più vasta società, mentre nella palude vi sono i problemi di maggior interesse umano"*<sup>15</sup>.

Ne deriva, quindi, che la formazione infermieristica deve essere centrata su quelle competenze professionali che sono necessarie all'infermiere, ai vari livelli, per affrontare i problemi di salute e bisogni di assistenza della popolazione e anche quei problemi di qualità dei servizi legati all'organizzazione che spesso influenzano la qualità assistenziale.

### Gli infermieri hanno raggiunto la piena autonomia e responsabilità

Sul piano giuridico si è passati dalla logica del "puoi dunque devi" di un tempo al "devi, dunque fai, dunque puoi"<sup>14</sup> sul piano operativo ciò può costituirsi come un moto di crescita della professione che osa affrontare le esigenze della realtà, che si prepara a possedere le competenze necessarie che ricerca nuove legittimazioni all'interno di regole sociali che stabiliscono ambiti e spazi di azione in relazione agli obiettivi da raggiungere.

Esercitare pienamente la propria autonomia e la propria responsabilità significa decidere, non solo dell'azione da compiere ma anche delle conseguenze relative all'azione stessa.

Il mondo dell'esperienza è caratterizzato da situazioni a complessità differenziata: da un livello minimo, riscontrabile in situazioni prevedibili, caratterizzate da elevata stabilità, bassa turbolenza, problemi con soluzione chiusa (cioè facili da diagnosticare e risolvere, prevalentemente tecnici con una sola possibile risposta corretta, spesso già anche sperimentata in passato), fino a un livello massimo rappresentato da situazioni a bassa stabilità, ad elevata turbolenza, da problemi a soluzione aperta (cioè senza risposte giuste o sbagliate prevedibili, spesso privi di riscontri nell'esperienza passata). È proprio in questa gamma di situazioni problematiche che si modula la discrezionalità del professionista e il suo potere decisionale: *"le professioni sono attualmente poste di fronte a un'esigenza di adattabilità senza precedenti (...). Le situazioni che dominano l'esercizio della pratica professionale (...) sono situazioni problematiche caratterizzate da incertezza, disordine e indeterminazione"*<sup>15</sup>.

Ne deriva, quindi, che formare all'autonomia e alla responsabilità richiede una formazione alla competenza decisionale che non può che essere esercitata nei confronti di problemi a complessità differenziata. Fino ad arrivare al livello di quei problemi non risolti da altri in una determinata realtà e che richiedono l'esercizio di competenze acquisibili attraverso percorsi formativi avanzati (vedi laurea specialistica).

### L'organizzazione del lavoro valorizza le competenze per ottenere risultati di qualità

L'evoluzione delle forme di organizzazione del lavoro parte dalla fase artigiana (pretayloristica), con una dominanza del concetto di mestiere. Con la forte parcellizzazione dei compiti lavorativi, caratteristica della fase tayloristica, prevale, invece, il concetto di mansione, consi-

derata come insieme di compiti, spesso elementari, predefiniti e rigidamente assegnati al lavoratore. Compiti individuati sulla base del disegno organizzativo della struttura formale del processo produttivo.

Le successive innovazioni organizzative, che hanno mirato al superamento del disegno tayloristico delle mansioni, sono state caratterizzate dall'emergere del concetto di ruolo lavorativo. Con questo termine si vuole indicare il contributo operativo offerto effettivamente dal soggetto in termini di funzioni svolte all'interno del processo lavorativo e nel contesto di relazioni e aspettative che questo determina.

Il concetto che caratterizza oggi gli studi sull'organizzazione del lavoro è quello di competenza che si focalizza sulla capacità dell'individuo dell'utilizzo delle conoscenze e delle azioni in specifici contesti operativi, con diverso grado di problematicità. Le professioni vengono, quindi, analizzate in termini di competenze afferenti ad aree di attività.

La nozione di competenza è intuitivamente chiara. Quando si attribuisce a qualcuno una competenza in un determinato campo, ci si riferisce a *“ciò che permette una prestazione eccellente, ciò che assicura il dominio di un problema in situazioni anche molto diverse, ciò che permette di applicare efficacemente le conoscenze alla pratica, ciò che distingue l'esperto dal neofita”*<sup>16</sup>.

L'attuale contesto che intende basarsi sulla qualità e sulla flessibilità dei servizi, ovvero sulla capacità di rispondere rapidamente e in modo soddisfacente ai bisogni dell'utenza all'interno di costi concorrenziali, spinge le aziende sanitarie a pensare e a pensarsi in modo diverso da quello tradizionale. Lo strumento classico finora utilizzato dalle organizzazioni – il modello gerarchico, basato sulla mansione e la procedura – appare inadeguato a gestire la complessità crescente, ad attivare decisioni rapide, a coordinare e integrare tutte le attività presenti in un'organizzazione.

Per far fronte alle nuove esigenze, le organizzazioni più attente, tendono ad adottare modelli organizzativi imperniati sulla logica di processo, ovvero su una struttura di tipo reticolare, composta da diverse unità autonome, tra loro collegate dallo stesso obiettivo e da un diffuso scambio di informazioni

L'organizzazione per processi supera, quindi, la struttura verticale formata da un insieme di compiti specialistici da coordinare attraverso una struttura gerarchica ben definita e da flussi informativi principalmente alto-basso e basso-alto.

L'opportunità diventa, pertanto, quella di ricomporre le diverse attività senza dispendere o parcellizzarle (come nella logica tayloristica) in modo che i professionisti abbiano una visione e una responsabilità complessiva del processo stesso.

Questa lettura rende anacronistico l'ancora diffuso modello organizzativo funzionale, “per giri”, dell'organizzazione del lavoro infermieristico in ospedale che non concede al professionista di governare il processo assistenziale, e di agire pienamente le sue competenze.

Ne deriva, quindi, che ripensare la formazione richiede contestualmente una modificazione dei contesti organizzativi: formare un professionista alla responsabilità e alla competenza significa poi inserirlo in un'organizzazione che riconosca e valorizzi queste capacità.

D'altra parte un'organizzazione responsabilizzante deve poter fruire di soggetti pronti ad agire con responsabilità.

### L'apprendimento deve essere significativo

Si parla di apprendimento significativo per definire quell'apprendimento che genera un cambiamento nel modo di pensare e di agire di una persona. Per imparare in modo significativo gli individui devono poter collegare i nuovi apprendimenti al bagaglio di conoscenze ed esperienze già possedute.

Ne deriva, quindi, che è importante distinguere tra processo di apprendimento messo in atto e metodologia didattica impiegata: da un apprendimento recettivo in cui il soggetto è passivo a un apprendimento per problemi, per scoperta o per ricerca, in cui lo studente identifica e seleziona gli apprendimenti.

Questa metodologia richiede l'uso dell'intelligenza generale, non solo della memorizzazione di contenuti e richiede altresì il libero esercizio della facoltà più diffusa e più viva nell'infanzia e nell'adolescenza, la curiosità, che troppo spesso viene spenta nei percorsi di studio, si tratta invece di potenziarla e risvegliarla.

### Le condizioni per la realizzazione della formazione

L'applicazione dei suddetti principi apre indubbiamente ampi orizzonti sul piano operativo e fa emergere la significatività di alcuni aspetti. Tra questi, in particolare, vogliamo sottolineare l'importanza:

- dell'apprendimento clinico;
- della funzione tutoriale;
- della formazione dei formatori.

**L'importanza dell'apprendimento clinico**

Il vero apprendimento di competenze si compie in un contesto di realtà. Da qui l'importanza che assume l'apprendimento clinico e l'identificazione degli ambiti in cui esso debba essere svolto, in questo modo ogni studente potrà fruire di esperienze di apprendimento significative in ambiti accuratamente identificati ed essere supportato da équipe di lavoro motivate e competenti, allo scopo di prepararsi professionalmente a buoni livelli di qualità assistenziale.

In coerenza con ciò è importante che allo studente venga offerta la possibilità di esercitarsi e sperimentare in luogo protetto attività professionali coerenti con gli obiettivi del suo progetto formativo. Le sedi di tirocinio dovrebbero poter offrire standard assistenziali e procedure coerenti con i bisogni formativi degli studenti, e identificabili nei "contratti di apprendimento clinico".

Si tratta di entrare in una vera e propria logica di accreditamento, inteso secondo una duplice accezione: sia come sistema di misurazione, di determinati requisiti qualitativi delle sedi in cui si svolge l'apprendimento clinico, sia come insieme di quei processi, presenti o attivabili nelle stesse sedi, anche con il sostegno e il contributo sinergico degli studenti e della struttura formativa, in grado di incrementare reciprocamente la qualità dell'assistenza e della formazione.

Non si tratta di mettere in discussione modalità organizzative, tecniche operative bensì di considerare il contesto organizzativo con lo sguardo in qualche misura esterno, di chi vi è inserito per apprendere.

Il tirocinio può essere considerato luogo di incontro e integrazione in quanto mette a confronto istituzioni, saperi, operatori, gruppi professionali e costituisce punto di raccordo tra teoria e pratica, tra competenze gestuali, relazionali e intellettuali.

**L'importanza della funzione tutoriale**

L'apprendimento dall'esperienza è una modalità di facilitazione dell'apprendimento se accompagnata da una riflessione critica. Il sostegno e lo sviluppo dell'autoriflessività dello studente è una delle linee di forza della funzione tutoriale.

La capacità di riflettere in modo critico sulle proprie azioni traendone stimolo di miglioramento favorisce l'integrazione tra conoscenze ed esperienza generando la competenza.

In altre parole il tutor può facilitare durante l'apprendimento clinico, non solo l'applicazione della teoria ma an-

che la ricerca dei modi con cui la teoria emerge dalla pratica quotidiana. Infatti la funzione tutoriale riconosce come prioritarie:

- la connessione organica prevista e strutturata con tutto il percorso formativo;
- l'orientamento al profilo professionale e all'acquisizione di competenze di base piuttosto che specialistiche;
- lo sviluppo di competenze riferite a una chiara identità professionale.

Il tutor, quindi, si interfaccia, con una relazione educativa, tra progetto formativo e soggetto in formazione con lo scopo di catalizzare l'apprendimento su obiettivi di competenza, in modo personalizzato.

**L'importanza della formazione dei formatori**

Questo nuovo approccio formativo richiede che la competenza dei formatori superi la tradizionale impostazione disciplinare che conduce inevitabilmente a innaturali separazioni.

In questo modello il formatore è un facilitatore, un consulente, un agente di cambiamento che si preoccupa preliminarmente di individuare le strategie per coinvolgere gli studenti nell'avvio del processo formativo attraverso:

- un clima favorevole all'apprendimento caratterizzato da reciprocità, rispetto, collaborazione;
- meccanismi per la progettazione comune;
- la diagnosi dei bisogni di apprendimento;
- la negoziazione degli obiettivi di apprendimento;
- la valutazione dei risultati dell'apprendimento.

In questa prospettiva il formatore è identificato come colui che facilita, orienta e sostiene lo studente, durante il percorso di apprendimento, nella crescita e sviluppo delle competenze. Tutto ciò rinunciando al potere dell'insegnamento che crea dipendenza, a vantaggio del potere dell'apprendimento che rilancia l'autonomia e la responsabilizzazione, due condizioni fondamentali per un professionista della salute.

Ecco perché, al formatore che accetta questa impostazione, è richiesto di orientarsi attraverso un itinerario pedagogico che ribalta il tradizionale punto di vista: dall'insegnamento al risultato dell'apprendimento.

Dato che nessun percorso formativo potrà mai fornire tutta la competenza e forse neanche la maggior parte delle competenze utili per poter esercitare un'azione professionale aggiornata e pertinente val la pena di fornire non tanto contenuti quanto:

- strumenti per comprendere: comprendere tutto ciò che chiamiamo realtà, che va ben oltre ciò che conosciamo

ed è estremamente più complesso di come siamo stati formati o “deformati” a percepire, anche in riferimento a fatti o situazioni di cui siamo responsabili. Un buon esercizio per cominciare a conoscere e a comprendere potrebbe essere l’ascolto;

- strumenti di ragionamento: partendo dal presupposto che si può riconoscere negli altri una razionalità non necessariamente subordinata alla nostra, si può riuscire a dialogare in modo più costruttivo elaborando insieme il modo di ridurre il divario tra diverse razionalità;
- strumenti di decisione e di scelta: decidere significa scegliere e può anche voler dire acquisire la capacità non solo di risolvere i problemi ma anche di saperli porre o porre in modo diverso
- strumenti di valutazione dei risultati: i continui richiami fin qui esplicitati rendono la valutazione e l’autovalutazione di fatto molto di più che uno strumento di controllo.

Il professionista quindi costruisce la propria competenza attraverso percorsi formativi, mediante contatti con la

realtà e attraverso la mediazione di docenti e colleghi – professionalmente più competenti – che gli offrono elementi di riflessione, di analisi e di ragionamento.

Il sistema formativo interviene efficacemente sull’acquisizione e sull’avanzamento delle competenze se non si limita alla trasmissione di contenuti ma sostiene un’azione formativa orientata alla consapevolezza e all’autonomia e capace di strutturare in modo innovativo e flessibile i comportamenti professionali.

Crediamo che la filosofia del progetto presentato possa contribuire al superamento della frantumazione disciplinare del sapere, riavvicina il professionista come soggetto attivo della formazione e riduce il rischio che le persone considerino la formazione stessa “altro” dalla vita o dal lavoro.

Mettiamoci, dunque in movimento.

*Non basta sapere, si deve anche applicare; non è abbastanza volere, si deve anche fare.*

Wolfgang Goethe

#### Note bibliografiche

1. E.Morin, Les sept savoir necessaires à l’education du futur, Public par l’Organisation des Nations Unies Paris 1999. Edizione italiana : Raffaello Cortina Editore, 2001.
2. L.Sasso, Il contratto d’aula, in Rivista italiana di analisi transazionale, XIV, 26-27, giugno/dicembre 1994.
3. Oggi si definiscono Crediti Formativi Universitari il corrispondente del tempo necessario allo studente per apprendere più che il tradizionale numero di ore di insegnamento. Un Credito Formativo Universitario equivale a 25/30 ore ed è comprensivo di tutte le attività che lo studente pone in essere per raggiungere la competenza necessaria ad un apprendimento ad esempio: lavori in gruppo, discussioni, ricerche bibliografiche e così via.
4. D.M. 739/94, art. 1, comma 3.
5. Domicilio, servizi territoriali e ospedalieri.
6. Valide ed adattate alla persona assistita e alla situazione (pertinenti), efficienti ed efficaci, integrate nel piano di cure globale dell’équipe.
7. Per gravità, urgenza, rarità, multidimensionalità, molteplicità.
8. Per età, patologie debilitanti, cronicità, terminalità, gravi disabilità, menomazioni, handicap, esposizione a rischi fisici, psichici, sociali, riduzione o assenza di risorse personali e di supporti familiari e sociali.
9. Il modello presentato si riferisce al Master in Management nelle funzioni di Coordinamento
10. Legge 1, 8 gennaio 2002.
11. Decreto Murst, 2 aprile 2001, “Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie”.
12. Definizione della parola “problema” secondo G.A. Davis, 1973, citato da G.Norman, 1988.
13. D. A. Schon, *Il professionista riflessivo*, Dedalo, Bari 1993, pag. 69.
14. La legge 42/99 riferendo la responsabilità professionale al codice deontologico definisce l’autonomia e l’autodeterminazione della professione
15. D.A. Schon, op. cit., pag. 69.
16. Levati W, Saràò M.V., *Il modello delle competenze*, Angeli, Milano 1998, p.13.

# Ordini e Collegi: scenari futuri

di *Gennaro Rocco\**

Negli ultimi anni si è sviluppato, sia in Italia sia in Europa, un ampio e articolato dibattito il cui esito è facile prevedere che inciderà enormemente per i decenni a venire sulle forme e sull'esercizio delle professioni liberali, almeno nel Vecchio Continente.

È un confronto che investe tutte le professioni, ma che incide particolarmente su quelle sanitarie in virtù della loro connotazione di servizio, costringendole a misurarsi con il libero sviluppo dei mercati da un lato e con il processo d'integrazione europea dall'altro.

Il dibattito verte su tre grandi questioni:

- l'associazionismo professionale;
- la regolamentazione delle professioni liberali;
- l'ordinistica (gli Ordini e i Collegi professionali).

Come è noto, da più parti si auspica che quella delle società tra professionisti diventi una realtà operante nel mercato ormai globalizzato. Un'attività, invece, sempre vietata sino a quando l'art. 24, L. 7 agosto 1997, n. 266, non ha abrogato il divieto. Questa riforma, tuttavia, resta ancora per gran parte inattuata<sup>1</sup>.

Il tema della regolamentazione delle professioni liberali investe quasi esclusivamente l'aspetto specifico della libera concorrenza tra professionisti. Un argomento, questo, di cui ci occuperemo più diffusamente in seguito, anche perché dalla soluzione di questo problema dipenderà, in buona misura, il nuovo ruolo che assumeranno gli Ordini e i Collegi professionali. È proprio quest'ultima la terza questione sul tappeto: ripensare gli organi rappresentativi delle professioni in chiave più attuale, più funzionale allo sviluppo delle figure professionali rappresentate.

I motivi che hanno prodotto tale dibattito sono di duplice natura; vanno ricercati in parte in elementi comuni a tutti i paesi dell'Unione Europea e in parte negli specifici interessi, nelle dinamiche socio-economiche, politiche e professionali dei singoli Stati membri.

L'asse che accomuna le tre questioni ruota attorno a un

unico perno: il fatto che oggi le professioni liberali si muovono al confine tra pubblico interesse e libero mercato, beni giuridici entrambi tutelati dalla nostra Costituzione. Un rapporto di status che si complica ulteriormente nel confronto con l'Europa comunitaria e i suoi principi di libera circolazione delle persone e delle professioni.

Di fatto, l'introduzione della cosiddetta "libertà di stabilimento professionale" nell'ambito dell'UE porta con sé la necessità di aprire alla concorrenza anche il settore delle professioni liberali, ancora di più per quelle che il legislatore definisce "protette". Peraltro, le norme comunitarie in materia, a partire dalla Direttiva n. 89/48 del Consiglio delle Comunità europee (1988) sull'unificazione dei diversi assetti professionali nazionali, indicano inequivocabilmente la direzione di una nuova disciplina delle professioni improntata alle regole della libera concorrenza. Come pure l'adesione dell'Italia al nuovo accordo Gatt sulla liberalizzazione di molti servizi professionali impone al legislatore nazionale la progressiva abolizione delle norme che ostacolano la concorrenza, introducendo esplicitamente il principio di libera concorrenza delle professioni intellettuali. Da qui l'azione di diversi Paesi dell'UE che hanno avviato un riesame approfondito della disciplina normativa e regolamentare inerente le professioni liberali, nel tentativo di eliminare le eventuali distorsioni della corretta concorrenza.

Anticipando in sintesi il nocciolo della questione, si tratta di verificare se, come vorrebbero certe spinte europeiste, sia opportuno "lanciare" le professioni liberali nel libero mercato, considerando i professionisti alla stregua di imprenditori; l'alternativa è ricercare una via che, senza scoraggiare gli stimoli del mercato, tuteli il taglio professionale sino ad oggi acquisito. Di certo, conciliare i due aspetti non è, e non sarà, cosa semplice. Anche perché l'adattamento del profilo professionale alla libera concorrenza comporta il rimodellamento degli organi rappresentativi delle professioni. A loro volta, però, Ordini e

\* Vicepresidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi

Collegi devono garantire alla socialità il rispetto dei principi su cui si fondano: la tutela dell'interesse pubblico e la funzione di garanzia sociale. L'osservanza delle regole concorrenziali non appare infatti incompatibile con le libere professioni o gli Ordini e i Collegi professionali; costituiscono, al contrario, un elemento di stimolo al rinnovamento dell'intero settore che ha l'innegabile necessità di adeguarsi alla nuova realtà economica, sociale e politica dell'Europa.

### Lo scenario italiano

Nella sua adunanza del 1 dicembre 1994, l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, settore degli Ordini e Collegi professionali, delibera di procedere, ai sensi dell'art. 12, comma 2, della legge 10 ottobre 1990, n. 287, a un'indagine conoscitiva di natura generale nel settore degli Ordini e Collegi professionali e delle relative professioni regolamentate dagli stessi<sup>2</sup>. Nella delibera, l'Autorità muove dall'assunto che *“le professioni liberali cosiddette protette assumono motivatamente una posizione di significativa rilevanza e prestigio nelle società tanto da beneficiare di una disciplina specifica rispetto ad altri settori dell'economia nazionale”*. Prosegue l'Autorità dicendo che *“il legislatore ha, infatti, riconosciuto a dette professioni un particolare interesse pubblico, prevedendo, per la tutela dello stesso, l'istituzione di Ordini e Collegi professionali”*. E ancora afferma che *“tale particolare disciplina di valorizzazione e tutela dell'attività riguarda esclusivamente le professioni intellettuali cosiddette protette, quelle cioè per il cui esercizio è necessaria l'iscrizione a un Albo o elenco tenuto dall'Ordine o Collegio”*.

Posta questa premessa, con cui riafferma il perseguimento di obiettivi di interesse pubblico da parte di Ordini e Collegi professionali, l'Autorità si chiede se essi non siano organi che, nonostante il fine istituzionale, in qualche misura limitino gli effetti benefici della libera concorrenza<sup>3</sup>. È interessante capire il ragionamento dell'Autorità (che tuttavia risulta inesatto e in parte contraddittorio) per prendere spunto da una posizione critica e poter svolgere un'analisi costruttiva per il futuro.

L'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato inizia il suo iter argomentativo con una forzatura: secondo il suo ragionamento, il libero professionista è un imprenditore<sup>4</sup>.

Se così fosse, sostiene l'Autorità, e cioè se sia imprenditore chiunque eserciti una libera professione protetta, l'attuale normativa in materia di libere professioni e di Ordini e Collegi professionali creerebbe certamente

delle restrizioni della concorrenza in apparenza ingiustificate.

Al di là delle perplessità suscitate da alcune parti dell'indagine dell'Autorità, le determinazioni conclusive a cui questa perviene assumono un significato di generale perplessità sull'attualità del sistema che risulta “regolamentato da norme troppo vecchie rispetto all'evoluzione socio-economica del nostro paese”. In altre parole, l'attuale sistema “restringerebbe o addirittura impedirebbe il libero svolgersi della concorrenza”.

Vediamo, dunque, quali sono le conclusioni cui perviene l'indagine conoscitiva (conclusioni che risalgono al 1997). Secondo l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, l'attuale sistema è da ritenersi superato in quanto:

- pone barriere all'accesso alle professioni<sup>5</sup>;
- impone tariffari minimi che sono contrari alla concorrenza<sup>6</sup>;
- pone limiti territoriali all'esercizio dell'attività professionale<sup>7</sup>;
- vincola i posti dell'esercizio dell'attività professionale<sup>8</sup>;
- pone restrizioni all'esercizio professionale per chi non è iscritto<sup>9</sup>;
- limita l'uso della pubblicità.

L'Autorità suggerisce quindi che, nel ridisegnare gli ambiti in cui operano gli Ordini e i Collegi professionali, si proceda secondo le seguenti “prescrizioni”:

- rivedere le attuali attribuzioni alla luce dell'evoluzione dei mercati e dei loro assetti più recenti, nel convincimento che alcune di queste appaiono oggi inappropriate e poco funzionali alle esigenze della domanda, rischiando così di apparire come odiosi privilegi a favore delle categorie interessate;
- eliminare quelle funzioni che non rivestono alcuna importanza ai fini del corretto svolgimento delle professioni, compresa la potestà di definire i tariffari, in quanto anticoncorrenziali e non necessarie al conseguimento degli obiettivi di natura pubblica;
- valorizzare le funzioni che rispondono alla vigilanza sul corretto svolgimento dell'attività professionale e ridurre la prerogativa di emanare un corpo di norme deontologiche agli aspetti propriamente etici e di pubblica immagine della categoria, evitando perciò il ricorso all'imposizione di restrizioni concorrenziali tra i professionisti;
- rendere l'attività degli Ordini e dei Collegi più funzionale al miglioramento della qualità delle prestazioni, attraverso un rinnovato impulso all'aggiornamento e alla formazione continua e con il monitoraggio costante del-



la rispondenza nel tempo delle capacità professionali rispetto alla domanda di prestazione<sup>10</sup>.

Con la sua indagine conoscitiva, l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato lancia al mondo delle professioni un messaggio chiaro, espresso compiutamente in calce alla delibera di chiusura dell'indagine stessa: *“La revisione delle norme che disciplinano l'esercizio dell'attività professionale porterà a risultati positivi se farà suo il principio che il conseguimento delle finalità pubbliche non è affatto incompatibile con la sottoposizione dell'attività dei professionisti alle regole del mercato e della concorrenza, e anzi quest'ultima può solo contribuire a rendere più efficiente il sistema. Peraltro, anche laddove la regolamentazione è necessaria, essa va in ogni caso collegata in modo diretto e chiaro con l'unico principio che la giustifica: il raggiungimento di un maggiore benessere per la collettività”*.

In verità, né nelle premesse e neppure nelle conclusioni possiamo condividere appieno il contenuto dell'indagine realizzata dall'Autorità Garante. Non convince, ad esempio, il connotato negativo anticoncorrenziale che vorrebbe attribuirsi al concetto di esclusività della prestazione riservata agli iscritti di un Ordine o Collegio, specie se in relazione all'esistenza di un interesse pubblico fondamentale come quello della salute. Concetto, questo, che peraltro l'Autorità stessa riconosce quando analizza le “barriere” all'accesso alla professione costituite dagli esami di ammissione, dal numero chiuso, dal praticantato obbligatorio, dai codici deontologici. Lo fa argomentando così: *“Tali barriere, pur potendosi considerare in linea generale restrittive della concorrenza, potrebbero tuttavia effettivamente contribuire a garantire uno standard di qualità minimo nell'esercizio della professione”*.

E anche sul fronte della pubblicità professionale, il punto di osservazione degli infermieri e del personale sanitario in generale è alquanto particolare. La spinta liberalizzatrice in questo specifico campo auspicata dall'Autorità Garante deve poter valutare con grande attenzione e precisione l'impatto che avrebbe in materia di sanità, un settore quanto mai sensibile sotto questo profilo. Così come gli infermieri non sono interessati alle critiche mosse dall'Autorità all'istituto del tirocinio obbligatorio post-titolo, che non riguarda appunto la professione infermieristica la quale, al pari di altre, trae il proprio titolo abilitante direttamente dall'esame di Stato.

È certamente lontana dall'ambito infermieristico anche la determinazione suggerita in tema di tariffe. L'Autorità Garante raccomanda al mondo delle professioni di disegnare contratti nei quali il corrispettivo della prestazio-

ne erogata sia in qualche modo correlata al verificarsi di eventi futuri osservabili tanto dal cliente che dal professionista. Scrive l'Autorità Garante: *“Il modo più convincente ed efficace per comunicare al pubblico la qualità delle proprie prestazioni è quello di garantire che un determinato risultato sarà raggiunto e che, in caso contrario, non si pagherà la prestazione resa o si verrà indennizzati da chi non è stato in grado di mantenere la promessa professionale”*. Un approccio, questo, che mal si accosta alla peculiarità delle prestazioni professionali sanitarie, in cui il collegamento diretto del tariffario al “successo verificabile” della prestazione è di fatto improponibile.

Tra le conclusioni a cui giunge l'indagine conoscitiva promossa dall'Autorità Garante ravvisiamo comunque altri aspetti ampiamente condivisibili, indicazioni che possiamo recepire con la buona speranza di metterle a frutto. È corretta l'affermazione che all'interno delle stesse professioni liberali si va diffondendo un'esigenza di maggior libertà e di una diversa articolazione organizzativa che agevoli la nascente concorrenza di organizzazioni professionali regolate da sistemi normativi più moderni. In linea con le attese delle professioni sanitarie è anche l'assunto che la regolamentazione dei servizi professionali è appropriata se soddisfa esigenze di carattere generale e la sua introduzione sana imperfezioni di mercato di particolare rilievo, altrimenti suscettibili di produrre risultati iniqui e inefficienti.

L'indagine giunge poi alla conclusione che un'accentuata asimmetria informativa a sfavore del cliente-utente può esporlo a prestazioni di qualità inadeguata che, data la delicatezza e il rilievo degli interessi sui quali incidono alcune attività professionali, sono suscettibili di produrre effetti particolarmente dannosi. È il caso dell'infermiere, la cui figura, appunto, non può essere assimilabile tout court al variegato mondo delle professioni<sup>11</sup> e che ha bisogno di una specificità anche nel più ristretto novero delle professioni protette. Peraltro, l'Autorità stessa riconosce che *“la disciplina delle professioni protette riflette l'importanza attribuita dal legislatore agli interessi pubblici connessi allo svolgimento di alcune attività professionali e un orientamento secondo cui il perseguimento di tali interessi è di norma incompatibile con l'operare dei meccanismi di mercato”*. Infine il tema della certificazione di qualità della prestazione professionale. L'Autorità Garante indica questa come la direzione da intraprendere per soddisfare pienamente la domanda, rendendole un servizio qualitativamente migliore. Non vi è dubbio che un Ordine o un Collegio professionale che assuma su di sé l'impegnativa fun-

zione di certificazione della qualità delle prestazioni dei propri iscritti, che si attrezzi per fornire loro un costante aggiornamento di tecniche e contenuti per migliorare il livello qualitativo delle prestazioni, diventi un punto di riferimento importante per quanti esercitano un'attività professionale qualificata. Un ruolo che può essere svolto con efficacia solo con uno sforzo ulteriore nei campi dell'aggiornamento e della formazione continua, compiendo al contempo il necessario salto di qualità nella verifica della permanenza dei requisiti professionali al passo con gli sviluppi scientifici ed etici della disciplina.

Si tratta di una sfida che gli Ordini e i Collegi professionali italiani debbono e vogliono raccogliere nell'interesse delle stesse professioni, anche per contrastare soluzioni ben più rischiose che pure si paventano sulla scena europea.

### Lo scenario europeo

Gli ordinamenti nazionali che regolano le attività professionali nei singoli Paesi membri dell'UE attraversano ovunque una delicata fase di ridefinizione. In queste settimane è in corso di elaborazione una proposta di direttiva europea sul riconoscimento delle qualifiche professionali nei Paesi dell'Unione. Nella sua prima stesura, la proposta non lesina valutazioni fortemente critiche nei confronti di alcuni Paesi e dell'Italia in particolare. L'impressione, però, è che non si sia attribuito il dovuto peso alla diversità dei sistemi esistenti in Europa e alle loro differenti attitudini sociali. Ecco perché trarre il modello di costruzione di un assetto univoco europeo da singole esperienze nazionali, sebbene positive, può essere decisamente rischioso. Tanto più che, come nel caso delle professioni sanitarie, si gioca su un tavolo estremamente delicato. Ecco che il solo fatto di mettere in libera competizione organismi ed esperienze tanto diverse finisce col pregiudicare la qualità stessa delle prestazioni.

Nell'ambito della regolamentazione dell'esercizio professionale, l'UE vive oggi l'evidente anomalia delle isole britanniche: Gran Bretagna e Irlanda. In questi Paesi, infatti, le libere associazioni professionali esercitano un potere enorme sull'accesso alle professioni; hanno infatti una funzione esclusiva sul rilascio dei titoli professionali e sul riconoscimento dei titoli rilasciati da altre istituzioni. Tali attribuzioni conferiscono notevoli vantaggi commerciali alle associazioni d'oltre Manica che vendono i loro titoli secondo strategie di marketing spesso audaci e con tecniche al ribasso o al rialzo rispetto ai titoli rilasciati nei Paesi continentali dell'Unione. Si aggiunga inol-

tre che l'ultima Proposta di Direttiva Europea, avanzata dall'apposita Commissione il 7 marzo scorso, chiude di fatto ogni possibilità di accreditare nuove associazioni od organizzazioni professionali oltre a quelle già comprese nell'elenco allegato con il numero 1: quelle britanniche e irlandesi, per l'appunto.

L'orientamento della Commissione in merito al riconoscimento dei titoli rilasciati da associazioni professionali in Gran Bretagna e Irlanda ha generato allarme tra gli organismi rappresentativi dell'Europa continentale, come sottolineano i verbali di tutte le audizioni sinora svolte a Bruxelles. In particolare, il gruppo di lavoro istituito dal Comitato Economico e Sociale Europeo ha esplicitato le sue preoccupazioni, come pure il gruppo di lavoro creato in Italia dall'Onorevole Stefano Zappalà, relatore al Parlamento europeo sulla stessa Proposta di Direttiva Europea. Lo stesso GLIP (Gruppo di Lavoro Italiano sulla Proposta di Direttiva Europea sul Riconoscimento delle Qualifiche Professionali) sottolinea nel suo ultimo rapporto come *"le associazioni inglesi possano lucrare dalla vendita in continente di un titolo inferiore al valore del titolo immediatamente superiore, mentre le associazioni continentali possono solo recepire passivamente il titolo finale"*. E ancora il mancato rispetto del principio di reciprocità: *"il triennio formativo britannico viene equiparato a qualsiasi livello superiore rilasciato dai Paesi continentali dell'Unione Europea, anche a una specializzazione post lauream, quindi a un numero di anni universitari triplo di quello costato in Gran Bretagna e in Irlanda. Il reciproco non è invece possibile poiché le associazioni britanniche restano libere di conservare la propria titolazione graduata interna"*.

In un sistema di libera circolazione delle professioni e di riconoscimento reciproco dei titoli nazionali, crescerebbe così lo svantaggio per i professionisti che hanno conseguito titoli a conclusione di percorsi formativi più lunghi e complessi. Non si può inoltre sottovalutare il rischio di un vero e proprio mercato dei titoli di studio acquisibili direttamente nei Paesi d'oltre Manica oppure, attraverso gli strumenti commerciali di partnership o franchising, negli altri Paesi dell'UE.

Nella sua stesura attuale, la Proposta di Direttiva Europea in questione non consente ai nostri Ordini professionali di competere ad armi pari con le associazioni britanniche. Una situazione, questa, ripetutamente rappresentata alla competente Commissione senza però alcun esito. Non vorremmo insomma che il futuro delle professioni liberali venga sacrificato ad altri obiettivi comunitari, magari al pressante "corteggiamento" di Eurolandia

nei confronti della Sterlina. Ad oggi, la Commissione Europea sembra orientata a scegliere proprio il modello britannico come riferimento normativo, ferme restando le anomalie già rappresentate. Occorre quindi un'azione decisa del Governo italiano sulla stessa Commissione Europea per correggere il tiro nella direzione chiaramente indicata dagli emendamenti alla Proposta di Direttiva Europea suggeriti dal GLIP.

### Lo scenario futuro

Di tutta evidenza è la necessità per l'Italia di revisionare l'attuale ordinamento sulle professioni liberali in modo deciso e compatibile con le scelte effettuate dalla UE. Una tale revisione non può comunque prescindere da alcuni assunti:

- l'esercizio delle professioni intellettuali è direttamente connesso agli interessi pubblici e dunque i meccanismi propri del mercato non devono condizionarne le caratteristiche e le qualità specifiche;
- in base ai principi costituzionali (artt. 33 e 41), la legge è chiamata a stabilire "le professioni intellettuali per il cui esercizio è richiesto il superamento dell'esame di stato e l'iscrizione in appositi albi"<sup>12</sup>.

È in discussione al Parlamento una proposta di legge quadro delle professioni liberali alla cui stesura ha contribuito fattivamente il CUP (Comitato Unitario Permanente degli Ordini e Collegi Professionali), di cui l'Ipasvi fa parte con gli altri Ordini e Collegi.

La legge in questione attribuisce nuove funzioni agli organi rappresentativi delle professioni. Tra queste si segnalano per importanza:

- vigilanza sull'esercizio professionale;
- rappresentanza a tutti i livelli ai fini della realizzazione degli interessi generali;
- indirizzo della professione ai fini sociali e a tutela dei cittadini;
- determinazione delle competenze professionali anche sulla base dei percorsi di studio effettuati;
- attribuzione del titolo professionale a tutela dell'affidabilità;
- riserva dell'esercizio di determinate attività a chi ne possiede i requisiti;
- previsione dei requisiti formativi necessari a mantenere il diritto all'esercizio professionale;
- tenuta e aggiornamento degli albi;
- contributo alla formazione e all'aggiornamento professionale;
- accreditamento dei percorsi formativi;

- monitoraggio del mercato delle prestazioni;
- effettuazione di frequenti ricognizioni dei contenuti tipici delle prestazioni;
- controllo della qualità e della correttezza delle prestazioni;
- divulgazione ai cittadini dei contenuti minimali delle prestazioni professionali;
- emanazione di pareri di merito anche nei confronti della Pubblica Amministrazione;
- conciliazioni delle liti tra professionisti e clienti;
- regolamentazione del tirocinio per l'accesso all'esame di Stato;
- redazione del Codice deontologico;
- determinazione delle tariffe minime e, in alcuni casi, di quelle massime;
- definizione dei criteri e delle modalità per la pubblicità informativa;
- partecipazione a organismi internazionali di rappresentanza delle professioni intellettuali;
- designazione dei rappresentanti presso commissioni e organi;
- costituzione di commissioni di studio e realizzazione di indagini e studi anche su incarico di organi della Pubblica Amministrazione;
- costituzione delle commissioni di disciplina;
- creazione e gestione di un sistema di certificazione di qualità idoneo a soddisfare l'utente.

Negli obiettivi della proposta di legge quadro di riforma delle libere professioni c'è insomma una nuova veste per gli Ordini e i Collegi professionali, irrinunciabili e rinnovabili al contempo. La loro natura giuridica è quella propria degli enti pubblici non economici con piena autonomia patrimoniale e finanziaria, articolati in Ordini territoriali, Federazioni regionali e Consiglio nazionale. A questi è attribuita grande autonomia nel definire i regolamenti specifici.

È forse opportuno in questa sede riflettere su ciò che è stato e su quanto potrà accadere in futuro. Ma una riflessione oggettiva sulla condizione della nostra professione non può prescindere dal ruolo che i Collegi e la Federazione hanno esercitato in questi ultimi anni. Sarebbe infatti ipocrita non riconoscere che la gran parte delle conquiste normative e professionali ottenute dagli infermieri non si sarebbe mai concretizzata senza l'apporto del nostro Ordine professionale, quel Collegio che ci unisce, ci fa condividere le aspettative e i progetti, ci rappresenta come categoria professionale e verso il quale dobbiamo nutrire un senso di riconoscenza oltre che di fierezza.

Non a caso, sono molti i colleghi di altri Paesi che non hanno un Ordine professionale (dalla Francia alla Germania ai Paesi Bassi) e che sono impegnati proprio in questi mesi in una dura lotta di rivendicazione per ottenerlo. Sanno che questa è la direzione obbligata verso una rappresentatività collettiva, la sola a poter garantire risultati tangibili. Non dobbiamo dimenticare che proprio i colleghi hanno tutelato e promosso lo sviluppo della professione infermieristica, giocando un ruolo politico importante; di più: determinante. Siamo così riusciti a indurre l'adozione di provvedimenti fondamentali per lo sviluppo della professione: dal profilo professionale all'abrogazione del mansionario, dalla conquista della dirigenza al riconoscimento dei titoli (salvando peraltro le posizioni acquisite con i vecchi titoli di studio), fino all'attivazione di un percorso formativo finalmente universitario che legittima la connotazione intellettuale della professione infermieristica. Il peso politico dei Collegi ha prodotto certamente risultati straordinari, ponendo le basi per lo sviluppo ulteriore della nostra attività, ma anche per un cambiamento reale del servizio reso ai cittadini.

Così come non si può disconoscere il ruolo prezioso giocato dalla Federazione nazionale e dai Collegi provinciali nell'uniformare il riconoscimento della professione in tutto il territorio nazionale. Pensiamo soltanto a cosa sarebbe accaduto senza questa spinta unificatrice, con un percorso compiuto ad andamento e velocità diverse da ognuna delle 103 province italiane.

In verità, siamo spesso portati a sottovalutare il ruolo che ognuno di noi può svolgere in seno alle attività del proprio collegio. Non di rado dimentichiamo infatti che questa non è un'istituzione terza rispetto ai singoli infermieri, ma piuttosto un luogo in cui ognuno è protagonista e attore primario. Non un ente astratto, ma uno strumento di servizio per i professionisti e per i cittadini. Un principio, questo, legittimato dalla stessa legge istitutiva dei collegi. Perdere di vista tale ruolo, personale e collettivo al tempo stesso, equivale a svuotare di significato e di efficacia l'azione dei collegi e della stessa Federazione.

Si diceva delle nuove attribuzioni previste per gli Ordini e i Collegi professionali. Molte di queste, tuttavia, sono di fatto già gestite dai Collegi. Ciò che invece possiamo migliorare sostanzialmente è il rapporto con il cittadino-utente: a questo soggetto dobbiamo poter garantire una prestazione professionale, cosa possibile proprio grazie all'appartenenza a una categoria regolamentata e verificata nella preparazione tecnica e nel comportamento etico. Ecco il ruolo del Collegio: garantire il rispetto delle regole,

la qualità delle prestazioni, il possesso della tecnica e dei titoli di studio necessari, l'aggiornamento costante.

In questo campo, lo sviluppo dell'Ecm ci consente di erogare servizi di alta qualità che originano dall'aggiornamento costante delle conoscenze e delle tecniche. E il Collegio deve poter svolgere la preziosa funzione di certificazione di tale qualità. Un servizio diretto, insomma, con cui l'ordine professionale riesca a tutelare l'iscritto anche nei confronti di infermieri che non lo sono, che non rispettano le regole assunte come tali dalla professione infermieristica e che così facendo danneggiano l'immagine di tutti noi. Il tutto, in una società che ha sempre più bisogno dell'assistenza, sia in termini qualitativi che quantitativi, considerato l'andamento demografico attuale che comporta un rapido aumento della popolazione anziana.

Il rischio di smantellamento della struttura attuale della professione esiste ed è concreto. Ma per noi, infermieri italiani, il sistema ordinistico non si tocca poiché tutela non solo i professionisti ma anche i loro utenti. Per una volta, insomma, l'Italia può fornire l'esempio, indicare la strada e non subire l'impatto di ordinamenti avulsi dalla realtà nazionale. Anche perché non potremmo accettare invasioni da parte di professionalità che hanno ottenuto i necessari titoli con minor sforzo e sacrificio rispetto a noi. Su questo, siamo pronti a far valere le nostre ragioni.

Difendere quindi lo spirito comune di questi principi è un imperativo per tutti noi. Dobbiamo essere compatti e pienamente partecipi di questa azione. È necessario testimoniare la nostra ferma volontà sia in ambito nazionale che europeo e, con il venir meno di certi vincoli superati dai tempi, conservare gelosamente quanto di buono è stato fatto finora. La via maestra che oggi abbiamo di fronte è dunque quella di aggiornare il nostro ordinamento, senza tuttavia rinunciare alla nostra storia di professionisti cresciuti e ormai maturi.

In conclusione, se da un lato si riconosce l'esigenza stringente di profondo rinnovamento degli Ordini e dei Collegi professionali, dall'altro si può affermare che l'esperienza compiuta dal nostro e da altri ordinamenti nazionali europei non va affatto dimenticata. Essa può invece rappresentare un prezioso contributo alla composizione di un equilibrio tra mercato e ruolo sociale delle professioni, specialmente di quelle sanitarie. Un modello perfettibile che comunque può ispirare meglio di altri la riforma europea delle professioni e dei loro organi rappresentativi.

## Note

1. Solo di recente la riforma è stata parzialmente attuata. Infatti, con il Dlgs. 2 febbraio 2001, n. 96 sono state dettate le disposizioni per lo "Esercizio della professione di avvocato in forma societaria".  
È interessante esaminare il modello prescelto per questa professione protetta in quanto, verosimilmente analogo a quello che sarà adottato anche per le professioni sanitarie.  
Il tipo di società è la "s.t.p.", società tra professionisti, che mutua parte della propria disciplina, in quanto compatibile, da quella già prevista per la società in nome collettivo (artt. 2291 e segg. cod. civ.).  
La s.t.p. sarà iscritta in una sezione speciale dell'albo professionale ed alla società si applicano le norme legislative, professionali e deontologiche, che vincolano il professionista (art. 16).  
La s.t.p. dovrà essere costituita con atto pubblico o con scrittura privata autenticata e avrà ad oggetto "esclusivo" l'esercizio in comune della professione dei propri soci e l'acquisto di beni e diritti strumentali all'esercizio dell'impresa (art. 17).  
I soci devono possedere il relativo titolo professionale e non potranno partecipare ad altra s.t.p. (art. 21).  
Se la prestazione è svolta da più soci si applica il compenso spettante a un solo professionista, salvo diverso accordo col cliente da provare per iscritto (art. 25).  
Sotto il profilo della responsabilità rispondono illimitatamente sia la società, sia i soci (art. 26).  
La s.t.p. "risponde delle violazioni delle norme professionali e deontologiche applicabili all'esercizio in forma individuale della professione, salva la concorrente responsabilità disciplinare del socio (art. 30).
2. La legge 10 ottobre 1990, n. 287 è rubricata "Norme per la tutela della concorrenza e del mercato", pubblicata in G.U. 13 ottobre 1990, n. 240; essa istituisce l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato. L'Autorità opera in piena autonomia con indipendenza di giudizio. Ai sensi dell'art. 12, comma 2, legge cit., "l'Autorità può, [...], procedere, d'ufficio o su richiesta del Ministro dell'Industria, del commercio e dell'artigianato o del Ministro delle partecipazioni statali, ad indagini conoscitive di natura generale nei settori economici nei quali l'evoluzione degli scambi, il comportamento dei prezzi, o altre circostanze facciano presumere che la concorrenza sia impedita, ristretta o falsata".
3. Secondo l'Autorità, la particolare regolamentazione di Ordini e Collegi volta anche a garantire e tutelare non solo il titolo abilitante, ma anche lo svolgimento delle relative attività professionali, sarebbe una caratteristica propria del sistema italiano rispetto agli altri Paesi europei.
4. Ai sensi dell'art. 2082 cod. civ. "è imprenditore che esercita professionalmente un'attività economica organizzata al fine della produzione di beni o servizi". Appare evidente che l'esercizio di una libera professione non è una mera attività economica organizzata al fine di produrre un bene o un servizio. Infatti, se così fosse, ogni libera professione protetta (o quasi) sarebbe un'impresa e quindi sarebbe unicamente assoggettata al dogma costituzionale (art. 41, comma 1, Cost.) secondo cui "l'iniziativa economica privata è libera", incontrando gli unici limiti dell'utilità sociale, del rispetto della dignità umana, della sicurezza e della libertà (art. 41, comma 2, Cost.). Invece, le professioni protette, e con esse gli Ordini e i Collegi, hanno una "funzione di garanzia sociale e di tutela degli interessi pubblici cui essi assolvono": sono parole della stessa Autorità che escludono, quindi, la natura di impresa delle professioni liberali protette.
5. Anche in questo aspetto si coglie una contraddizione. L'Autorità afferma, infatti, che il "codice deontologico" sarebbe una barriera all'accesso alla professione [così si legge al punto 10 della delibera del 1 dicembre 1994]. Tuttavia, questo non può essere revocato in quanto posto anche a tutela del consumatore, beneficiario delle prestazioni. Orbene, proprio il "benessere del consumatore" deve essere un obiettivo della regolamentazione degli Ordini [così si legge al punto 13 dell'indagine conoscitiva]. Ciò vale, a maggiore ragione, nel caso dell'infermiere il cui codice deontologico è stato recepito dall'art. 1, L. 26 febbraio 1999, n. 42 che lo eleva a parametro di valutazione della professionalità dell'infermiere, della cui violazione egli sarà peraltro responsabile non solo di fronte al Collegio, ma anche di fronte al "consumatore" (l'utente). L'importanza del codice deontologico è ribadita dall'art. 8, comma 3, Dlgs. 30 dicembre 1992, n. 502 secondo cui "... i Collegi professionali sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli Albi ed a Collegi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali".
6. Alcuni rilievi sono stati mossi al "tariffario", sistema che, nel limitare nel minimo e nel massimo i compensi del professionista, sarebbe, a dire dell'Autorità, uno dei principali fattori limitativi della libera concorrenza. Tuttavia, si segnala la recentissima sentenza della Corte di Giustizia della Comunità Europea (sent. 19 febbraio 2002, causa C-35/99) secondo cui non limita la concorrenza e non viola gli articoli 5 e 85 del Trattato CE (diventati artt. 10 e 81 CE) l'adozione di un tariffario che stabilisca nei minimi e nei massimi gli onorari dei membri dell'ordine. Trattasi di pronuncia in tema di onorari di avvocati stabiliti nell'ambito del procedimento di cui al R.D.L. 27 novembre 1933, n. 1578, e successive modificazioni.
7. Il problema dei limiti territoriali non riguarda i Collegi Ipvsvi. Infatti, con la determinazione del 5 giugno 2001, DIRP/III/INQU/01-4630, il Ministero della Sanità si è adeguato a quanto stabilito dalla Corte di Giustizia (sent. 18 gennaio 2001) secondo cui per tutte le professioni sanitarie il requisito della residenza, ai fini dell'iscrizione agli albi professionali, è sostituito o associato con quello del domicilio professionale. In altri termini, è stato reso operativo per i cittadini italiani, l'art. 16, L. 21 dicembre 1999, n. 526, secondo cui "per i cittadini degli stati membri dell'Unione Europea, ai fini dell'iscrizione o del mantenimento dell'iscrizione in albi, elenchi o registri, il domicilio professionale è equiparato alla residenza".
8. Anche questo non è il caso dei Collegi Ipvsvi. La fattispecie, infatti, riguarda solo le categorie dei notai e dei farmacisti.
9. L'Autorità limita il discorso al fatto che l'idoneità e il possesso dei requisiti trovano adeguata garanzia nell'esistenza stessa e nel possesso del titolo abilitante. L'iscrizione al Collegio, come ad ogni altro Ordine, è tuttavia l'unico sistema con il quale lo Stato è in grado di svolgere un'azione di controllo sui professionisti della sanità tra cui, a titolo meramente esemplificativo, si ricordano l'attività formativa e il rispetto del Codice deontologico, entrambi settori di interesse per il perseguimento del "benessere del consumatore". Se poi ricordiamo che, nel nostro caso, il "consumatore" è il cittadino-utente, ben si comprende l'interesse pubblico sotteso all'opera dei Collegi Ipvsvi: la tutela della salute (art. 32, Cost.).
10. È appena il caso di ricordare che l'art. 6-ter, Dlgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (inserito dall'art. 6, Dlgs. 19 giugno 1999, n. 229, ossia circa due anni dopo la chiusura dell'indagine) ha stabilito che i "Collegi professionali sono tenuti a fornire al Ministero della Sanità i dati e gli elementi di valutazione necessari per la determinazione dei fabbisogni riferiti alle diverse categorie professionali". Infine, ai sensi dell'art. 10, comma 3, Dlgs. cit. i Collegi partecipano con il Ministero della Salute a stabilire i contenuti e

le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e qualità, allo scopo (art. 10, comma 1) di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini.

11. È opportuno ricordare che il Collegio Ipvsvi non rappresenta più, come in passato, una "professione sanitaria ausiliaria" bensì una professione sanitaria tout court. Infatti, l'art. 1, comma 1, L. 26 febbraio 1999, n. 42 espressamente sancisce che: "la denominazione professione sanitaria ausiliaria nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione professioni sanitarie".

Questa disposizione legislativa rappresenta una vera e propria pietra miliare del percorso giuridico compiuto dalla categoria degli infermieri. Infatti, da una parte si pone come momento di riconoscimento dell'evoluzione professionale intervenuta, dall'altra ha permesso al Legislatore di portare avanti la riforma sanitaria. Il riferimento è, in particolare, alla L. 251/2000 istitutiva della Dirigenza infermieristica che incide sulla strut-

tura organizzativa del personale del Ssn. Una figura dirigenziale parificata a quella del medico, non avrebbe avuto la possibilità di esistere se quella infermieristica fosse rimasta una "professione sanitaria ausiliaria".

12. In particolare, l'art. 33 Cost. stabilisce che "l'arte e la scienza sono libere e libero ne è l'insegnamento", "la Repubblica detta le norme generali sull'istruzione ed istituisce scuole statali per tutti gli ordini e gradi".

Al comma 5 stabilisce che "è prescritto un esame di stato per l'ammissione ai vari ordini e gradi o per l'abilitazione all'esercizio professionale".

L'art. 41 Cost., nello stabilire che "l'iniziativa economica privata è libera", al comma 3 stabilisce che "la legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali". Sulla scorta del combinato disposto dei due articoli della Costituzione sono stati istituiti i Collegi Ipvsvi, con la legge 29 ottobre 1954, n. 1049, che rinvia alla norma di cui al Dlcp 13 settembre 1946, n. 233 riguardante la ricostruzione degli Ordini delle professioni sanitarie e la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse.

#### Note bibliografiche

- Amato Giuliano, Pera Alberto, *Indagine conoscitiva di natura generale nel settore degli Ordini e Collegi professionali*, Ed. Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato – Settore Ordini e Collegi professionali
- Autorità garante della concorrenza e del mercato, Settore Ordini e Collegi professionali, *Adunanza 3 Ottobre 1997*
- Greco Mario, Rocco Gennaro, *Guida all'esercizio della professione di infermiere*, III Edizione, Ed. Medico Scientifiche, Torino, 2002
- Lazzarini Fabrizio, *Rappresentanza e rappresentatività nell'ordinamento professionale alle soglie del duemila*, in *Documenti congressuali XI Congresso nazionale Ipvsvi*, 1996, Roma
- Sardi Piero, *Ordini e Associazioni in Italia e in Europa. Documentazione gruppo di lavoro Italiano sulla proposta di Direttiva unica Europea sulle professioni*, Ed. Gruppo di Lavoro Italiano sulla proposta di Direttiva unica europea sulle professioni, 2002
- Schiavon Mario, *Rappresentanza e rappresentatività nell'ordinamento professionale: 1946-1996*, in *Documenti congressuali XI Congresso nazionale Ipvsvi*, 1996, Roma, poi Ed. Coordinamento regionale Collegi Ipvsvi del Friuli-Venezia Giulia, 2002
- Proposta di legge quadro di riforma delle libere professioni, XIV Legislatura, 2002