

Questo primo numero della rivista CNAI del 2013 raggiungerà i lettori ad anno inoltrato e dopo che i risultati delle elezioni avranno portato a inevitabili conseguenze negli assetti politici. L'augurio è che chi si è assunta la responsabilità della partecipazione attiva alla guida del Paese sia mosso innanzitutto dal desiderio di migliorare la qualità di vita degli italiani, ascoltandone le istanze più importanti che toccano la vita di tutti i giorni e non, invece, investendo energie in tematiche - spesso ideologiche - che nulla hanno a che vedere con il "comune sentire" della base popolare.

La partecipazione degli infermieri alla politica, fra cui spicca la storica candidatura della Presidente della Federazione nazionale dei Collegi IPASVI per il Senato, ha segnato l'inizio di una nuova fase di presa di coscienza e maturazione del gruppo professionale. Se è vero che le campagne che CNAI ha attivato in questi ultimi anni non hanno avuto un significativo seguito (si vedano i seguenti link: http://www.activism.com/it_IT/petizione/senza-infermieri-non-ce-futuro/3479; <http://firmiamo.it/no-accorpamento-di-infermieristica-ad-altre-discipline-1> in cui, dal 19 luglio 2012 al 19 febbraio 2013, hanno firmato 5.795 infermieri, cittadini e docenti universitari) è pur vero che hanno stimolato un crescente interesse per alcune tematiche specifiche per la professione. Il Convegno di Roma (25-27 ottobre 2012), conclusivo della campagna di raccolta firme *Senza infermieri non c'è futuro*, ha visto la presenza di Stephanie Ferguson, consulente ICN e Direttore del programma *Global Nursing Leadership Institute* (<http://www.icn.ch/pillarsprograms/global-nursing-leadership-institute/>; Sironi, 2011). Il suo intervento sull'importanza della presenza degli infermieri nelle sedi dove si prendono le decisioni di politica sanitaria-assistenziale e la partecipazione di Annalisa Silvestro alla tavola rotonda finale, hanno offerto un innegabile contributo in questo senso. Forse non è stato un caso che più infermieri, in diversi Collegi, Associazioni e ambiti, abbiano sentito il bisogno di farsi sentire e di mettere a tema la loro presenza in organismi istituzionali. E' tempo di essere presenti, di far sentire la nostra voce, di tendere all'unità, di vigilare su quanto si sta muovendo e di collaborare a partire dal primo "fronte aperto": la revisione delle competenze dell'infermiere.

1. LE COMPETENZE AVANZATE DELL'INFERMIERE: A CHE PUNTO SIAMO?

Il 14 febbraio scorso, a fronte dell'acceso dibattito scatenato dall'approvazione dell'accordo anche da parte della Conferenza Stato-Regioni sulle competenze avanzate degli infermieri con conseguenti anacronistiche dichiarazioni di associazioni mediche (ANAAO, Assomed), nella *Newsletter* della Federazione, Silvestro affermava:

"La Federazione IPASVI resta ferma sia sulla necessità di valorizzare ed evolvere le competenze delle professioni infermieristiche che costituiscono una risorsa indispensabile per superare le difficoltà attuali del SSN, sia sul sostegno alla Bozza di Accordo approvata dal Ministero e dalle Regioni e conferma nuovamente la disponibilità ad un confronto purché sia costruttivo e fuori dalle trincee ideologiche". La Presidente aveva comunque già espresso, in un'intervista a *Il Sole 24 ore Sanità* del 28 gennaio, l'appoggio al documento.

Avevo dedicato l'*Editoriale* N. 3 di *Professioni infermieristiche* del 2012 al dibattito sulle competenze dell'infermiere, oltre a un accenno alla situazione, è quindi opportuno aggiungere alcune considerazioni sui testi approvati che concluderanno il loro iter nei prossimi mesi.

2. LE COMPETENZE AVANZATE DELL'INFERMIERE: CNAI COSA DICE?

La lettura dell'ultima edizione, approvata da Regioni e Province autonome, della *Bozza di accordo, ai sensi dell'art. 4 del D. Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico* (di seguito denominata *Bozza*), con la relazione di presentazione intitolata *Evoluzione della professione infermieristica. Aree di competenza nei nuovi scenari sanitari e socio sanitari*, a cura del tavolo di lavoro Regioni-Ministero (di seguito denominata *Tavolo di lavoro*), non ci lascia tranquilli.

L'impressione è che chi redige questi documenti non conosca e non tenga conto delle realtà problematiche e complesse, disomogenee e articolate dei servizi sanitari e degli atenei italiani. Alcuni esempi di questa "lontananza" da noi percepita sono i seguenti.

2.1 Le aree professionali

Le "aree di intervento" (art. 2 della *Bozza*) individuate per lo sviluppo di competenze professionali infermieristiche (denominate "aree professionali" nel documento del *Tavolo di lavoro*) con relativa formazione sono sei:

- Area cure primarie - servizi territoriali/distrettuali (denominata nel documento del Tavolo di lavoro: area cure primarie - infermiere comunità - famiglia).
- Area intensiva e dell'emergenza urgenza.
- Area medica.
- Area chirurgica.
- Area neonatologica e pediatrica.
- Area salute mentale e dipendenze.

La domanda che sorge immediatamente a chi opera tutti i giorni nei servizi sanitari e assistenziali è: Chi ha scritto aveva in mente i problemi prioritari di salute di chi accede a servizi, ambulatori e punti di primo soccorso? E i dati sulle caratteristiche della popolazione italiana? C'è stata sufficiente discussione sul significato di "infermiere specialista"? La formazione di questa figura può essere limitata a un anno accademico (denominato, in Italia, Master di primo livello)? E, innanzitutto, quali sono stati i riferimenti concettuali delle "competenze"? In altri Paesi i gruppi di lavoro e i tavoli tecnici partono dalla letteratura internazionale e nazionale per scegliere, successivamente, il percorso più idoneo per il contesto storico, sociale e culturale proprio.

CNAI sostiene l'appello dell'Associazione infermieri di famiglia e di comunità (AIFeC) nel denominare la prima area *infermiere di comunità o di famiglia*; ci pare però che le aree identificate abbiano livelli differenti di specificità e che manchi l'area geriatrica o area della fragilità in età avanzata. A questo proposito è opportuno sottolineare che la logica dell'infermiere di famiglia parte dall'obiettivo primario di salvaguardare la salute, di sostenere comportamenti che evitino il più possibile la malattia a tutti i suoi membri e nelle diverse fasce d'età a prescindere, quindi, dalla logica delle specialità mediche. Come non ricordare il lavoro svolto nel tradurre e diffondere i documenti dell'OMS e dell'ICN da parte di CNAI (vedi: Carillo, 2003; Sansoni, 2002 e gli inserti di *Professioni infermieristiche* anno 55, n. 3 e 4) e il contributo del Convegno nazionale di Montelsilvano del 2002?

2.2 Le sedi della formazione

Nei documenti si parla di "rivisitazione" dei piani di studio delle lauree, lauree magistrali e dei master universitari di I e II livello (art. 4 della Bozza). Chi ha vissuto e seguito dal 1991 ("Riforma Ruberti") l'iter del trasferimento della formazione infermieristica nelle università sa bene quante tabelle, piani di studio e curricula formativi abbia dovuto modificare per ottemperare alle disposizioni emanate nel corso degli anni. Ad ogni modifica abbiamo vissuto la "perdita" di elementi caratterizzanti la specificità dell'infermiere fino ai non ancora completamente attuati adempimenti richiesti dal DM 270. Vogliamo cambiare ancora senza partire da una rigorosa e completa valutazione dei risultati di quanto fatto in questi anni?

La scarsa chiarezza del tipo ed entità di coinvolgimento o collaborazione tra Università, Regioni, Aziende sanitarie (altri enti o agenzie?), specie nell'attuale panorama di scarsità di risorse, non lascia tranquilli. Nella maggior parte delle sedi e sezioni di corso di laurea (I livello) non si è giunti ad alcun accordo formale, sufficiente, se non ottimale, tra Aziende e Università per l'attuazione dei corsi, senza parlare dell'omogeneità del prodotto finale. In alcune sedi si stanno formando figure che potrebbero essere denominate (come, per esempio, in Romania) medical assistant. E' questo l'infermiere di cui ha bisogno la popolazione italiana? Senza l'accompagnamento all'acquisizione di una chiara e distinta identità professionale da parte dei futuri professionisti, che può essere trasmessa solo da infermieri con attitudini e formazione adeguate, non si otterranno le figure che oggi sono urgentemente richieste per rispondere ai bisogni sanitari e sociali della popolazione. Su quale base "generale" si potrà allora costruire un "master universitario per le funzioni specialistiche"? (*Tavolo di lavoro*, p. 5)

2.3 Il riconoscimento di "pregresse specifiche esperienze"

La Bozza parla all'art. 3 di riconoscimento di "pregresse specifiche esperienze, nonché i percorsi formativi da effettuarsi in ambito regionale o aziendale, anche ai fini dell'attribuzione dei Crediti formativi universitari (CFU)". Il concetto è ribadito nell'art. 4 (titolato *Formazione e sperimentazione*) mentre in più punti si introduce il concetto di accreditamento professionale. Come ogni norma o proposta contiene vincoli e opportunità, ma riflettendo sulla storia è inevitabile intravederne i possibili rischi.

Il 23 gennaio scorso è stata dibattuta al Parlamento europeo l'ultima revisione della direttiva 36 che aprì nel 1967 al riconoscimento del titolo di infermiere nei paesi europei (ratificata in Italia nel 1973). Per ora è stato arginato il tentativo di abbassare, per tutti gli aspiranti infermieri, il requisito dei 12 anni di scolarità richiesti per accedere ai corsi per infermiere generale (diplomato o laureato) nei paesi della Comunità europea. La negoziazione ha portato alla clausola di accettare ancora i 10 anni nei Paesi dove questa è la realtà, si spera in maniera transitoria (vedi: <http://www.efnweb.be/?p=3609>). CNAI, con alcune Associazioni infermieristiche e il coinvolgimento della Federazione ha attivamente partecipato al processo. Dobbiamo però essere consapevoli che in tempi di crisi economica qualsiasi percorso "abbreviato" o scorciatoia per avere mano d'opera sotto-costo sarà tentato. E le "aree grigie" presenti nella Bozza sulle sedi formative e i riconoscimenti di "pregresse specifiche esperienze" chiedono vigilanza da parte di tutti noi.

3. QUALI ATTIVITÀ E PRIORITÀ PER IL 2013?

Delle iniziative CNAI in programma per il 2012 (cfr. Editoriale del N. 1 del 2012) ci stiamo ormai avvicinando al 25° Congresso dell'ICN sul tema *Equità e accesso all'assistenza sanitaria* (<http://www.icn2013.ch/en/>). Sarà un evento molto importante perché segnerà il rinnovo delle cariche all'interno degli organi dell'ICN. Dal 16 al 19 maggio inizieranno i lavori, che vedranno impegnati Julita Sansoni (Membro del Board), Cecilia Sironi e Giordano Cotichelli (rispettivamente come *Presidente* e *Technical Advisor*); dal 18 al 22 maggio invece ci sarà l'evento culturale con numerose sessioni parallele in cui colleghi da tutto il mondo presenteranno esperienze e ricerche condotte in tutte le aree professionali. Sul sito sono già

presenti i nomi e i volti di chi terrà le relazioni principali (fra cui Sheila Tlou, ricordata nel nostro Convegno dell'ottobre scorso come ex- ministro della salute del Botswana, e Anne Marie Rafferty). Il programma è regolarmente aggiornato per dar modo ai partecipanti di scegliere le sessioni di loro interesse.

Infine, il 23 maggio, sarà possibile iscriversi alle *Professional Visits*, che sono in corso di organizzazione. Diversi lavori di infermieri italiani sono stati accettati e l'Italia sarà rappresentata da una dozzina di infermieri: un numero ragguardevole, pensando alla distanza!

Nonostante le difficoltà economiche, la forza delle libere associazioni è la motivazione, l'attaccamento ai valori professionali e l'entusiasmo degli associati. Per questo, grazie al lavoro di alcuni associati e amici, vorremmo rinnovare il sito e la rivista. Si sta già lavorando alla nuova veste del sito e si cercherà anche di predisporre una *Newsletter* CNAI che raggiungerà tutti (anche non associati) a cadenza regolare. Chi avesse idee, competenze specifiche, suggerimenti realistici e tempo da regalarci si faccia presente! Per la rivista è in corso il graduale passaggio ad una versione online che sarà preceduta da una fase di accesso agli articoli in pdf.

Il Consiglio di amministrazione sta valutando la possibilità di organizzare una giornata di Convegno nazionale con sede a Milano per venerdì 25 ottobre: anche se non ancora confermato, segnatevi la data! Il tema sarà di ampio respiro e rilevanza per tutta la professione...ma preferisco mantenere ancora la *suspance* e magari suscitare l'attesa....

CONCLUSIONI

All'inizio di questo 2013 ho sentito il bisogno di rileggere i precedenti editoriali di *Professioni infermieristiche* e le parole chiave utilizzate dal primo del 2011 (vol. 64, N. 2). Le parole chiave presenti sono state: unità, cultura, *leadership* (e a questo proposito le parole "tenacia, competenza, dedizione"), *empowerment*, responsabilità.

Oltre a reiterarle, all'inizio di questo 2013 mi sento di condividere le tre parole chiave che Nino Cartabellotta, Direttore del GIMBE, ha segnalato come "indispensabili per mantenere la qualità dell'assistenza in un regime di risorse limitate": *evidence, governance e performance* (<http://www.gimbe.org/pagine/650/it/2013>). Le prove di efficacia sono impiegate ancora in modo occasionale nella pratica quotidiana e gli strumenti della Governance in ambito sanitario, molto presenti nei piani strategici e nei manuali, sembrano poco attuati e integrati nelle aziende sanitarie. L'esplicita menzione dell'accREDITAMENTO professionale sia nella *Bozza* che nel documento del *Tavolo di lavoro*, spingono finalmente verso l'urgente necessità, da parte della professione infermieristica, di definire gli standard professionali (ovvero il possesso delle competenze minime) necessari per l'esercizio dell'assistenza infermieristica generale. Dopo questa identificazione si potrà proseguire con gli standard per l'assistenza specialistica. E' tempo che siano i professionisti a definirli e che le università e altre agenzie formative garantiscano la loro acquisizione sotto il controllo della professione. La separazione dell'abilitazione dal conseguimento della laurea potrebbe portare a un miglior controllo da parte della professione della presenza di questi standard minimi. Parlare, come sostiene il GIMBE, di performance, significa misurare la qualità dell'assistenza a livello individuale, di team, fino ai livelli regionale e nazionale.

Auguri, quindi, a tutti noi!

BIBLIOGRAFIA

- Carillo, G. (a cura di) (2003) *L'infermiere e i bisogni di assistenza infermieristica della famiglia*. Atti del Convegno nazionale CNAI del 2002, Montesilvano (PE), 3-4-5 ottobre 2002. Acqui Terme (AL): Impressioni grafiche S.C.S.
- Magnano, R. (2013) L'ultima bozza di accordo Governo-Regioni supera il mansionario e ridefinisce l'iter della formazione. Le nuove competenze degli infermieri. Nasce l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche – Il disco verde dell'IPASVI. *Il Sole 24 ore*, 28 gennaio, p. 23.
- Sansoni, J. (2002) Editoriale: Chi si occupa della salute della famiglia italiana se non l'infermiere di famiglia? *Professioni infermieristiche*, 55(3), p. 129.
- Schroeder, M., Affara, F.(2001) *L'infermiera di famiglia. Linee guida per l'esercizio professionale*. Elaborato per l'ICN, tradotto e stampato a cura di CNAI. Acqui Terme: Impressioni grafiche Acqui Terme.
- Sironi C., 2011 Editoriale: Infermieri leader provenienti da 25 paesi hanno concluso il corso ICN 2011 del Global Nursing Leadership Institute, *Professioni infermieristiche*, 64(3), pp. 129-130.