

UNA RIVOLUZIONE *culturale* basata sulle competenze

Basta diatribe e dibattiti politici. Le competenze non si contendono ma si condividono

La professione infermieristica viene richiesta in tutti i contesti della sanità. Come e dove si formano le competenze che si rendono necessarie?

I corsi di laurea abilitanti alla professione sanitaria di infermiere formano professionisti in grado di eseguire alcune competenze generali e ritenute “core” alla comunità infermieristica e dai formatori. La formazione non si esaurisce con il percorso di laurea, ma evolve nella pratica professionale con l’acquisizione di competenze “contestuali”. Per esempio, tutti gli infermieri imparano a fare un prelievo ematico; tuttavia chi andrà a lavorare in un reparto di patologia neonatale dovrà necessariamente acquisire una serie di altre abilità fino ad arrivare a “saper fare” un prelievo a un neonato immaturo. Quando l’infermiere neolaureato inizia a lavorare inizia di fatto un percorso di crescita che lo porta ad acquisire competenze specifiche per quel contesto, che non sono definite solo dal continuare a eseguire una data procedura o tecnica ma anche dall’integrazione di saperi nuovi e di evidenze in continua trasformazione. Pertanto, le competenze professionali si moltiplicano e si accrescono con la pratica da un lato e dall’altro con l’integrazione di saperi. E in questo processo l’aggiornamento è importante.

Riflettere sull’essenza delle cure infermieristiche può aiutare a determinare possibili “confini” dell’agire dei diversi operatori e operatrici nella cura?

Qui entriamo nel merito del trasferimento di competenze (task shifting), una tematica molto dibattuta a livello internazionale in particolare nei Paesi anglosassoni. Originariamente il task shifting si è affermato per garantire l’assistenza sanitaria anche in aree decentrate dove ci sono pochi medici che vengono pertanto “sostituiti” da altri professionisti sanitari, come il *nurse practitioner* con una formazione specialistica. Questa figura è stata introdotta per la prima volta negli Stati Uniti, negli anni sessanta, per far fronte alla carenza di medici di famiglia e successivamente in Gran Bretagna anche per ridurre le liste di attesa. Sono state condotte diverse ricerche sull’im-

patto di un passaggio controllato di alcune competenze dal medico all’infermiere sia nell’ambito diagnostico che nella prescrizione di trattamenti sulla base di protocolli condivisi. Molte di queste ricerche evidenziano un effetto di razionalizzazione economica dei programmi sanitari: la pratica del task shifting riduce i costi e allo stesso tempo è sicura, cioè con un basso rischio di errori, in alcuni ambiti risulta anche migliore perché vengono prescritti meno esami diagnostici e somministrati meno farmaci. Nel nostro Paese, data la carenza di infermieri, il problema del passaggio di competenze dai medici agli infermieri non si pone come prioritario, benché ci siano in atto dei processi in questa direzione. C’è stato un passaggio costante delle

Le competenze professionali si moltiplicano e si accrescono con la pratica e con l’integrazione di saperi.

Quella infermieristica è una professione che ha bisogno di differenziarsi in più livelli e in più specializzazioni.

Non ci sono confini da difendere ma aree da condividere.

competenze tecniche. Per esempio, in Italia gli infermieri somministrano (ma non prescrivono) la terapia endovenosa, mentre in Germania sono entrambe attività di competenza medica. Negli ultimi anni sono stati trasferiti agli infermieri alcuni percorsi assistenziali, come nel triage dei pronto soccorso. Una scelta in parte contestata, soprattutto dagli Ordini dei medici. Un’altra area con una forte spinta verso una maggiore autonomia e responsabilità infermieristica è quella delle cure primarie: sarebbe competenza dell’infermiere attivare o intensificare l’assistenza domiciliare, oppure prescrivere i presidi a supporto dell’assistenza (ad esempio un girello, un materasso antidecubito o il tipo di medicazione da usare per le lesioni da decubito), dato che è l’infermiere a fare una valutazione del problema e dei bisogni del paziente. Dunque anche su questo c’è un’attesa della professione di assestamento.

Ed è in questa stessa direzione che la professione infermieristica si sta muovendo?

In Italia non c’è ancora una spinta fortissima in questa direzione. La professione infermieristica è più concentrata a sviluppare competenze specialistiche in aree trascurate della cura e assistenza, quali la cronicità, la proattività con i pazienti cronici sul territorio, l’educazione dei pazienti, la gestione e organizzazione dei processi di continuità e transizione tra le strutture. Ci sono poi settori, come quello delle cure palliative, in cui i confini sono estremamente sfumati: sulla base di protocolli gli infermieri possono modulare la terapia condizionata del paziente. Ci sono servizi in cui l’integrazione medico infermieristica nella quotidianità è molto presente e sinergica, in cui l’area di confine della condivisione – più che del trasferimento – delle competenze è estesa e impatta enormemente sugli esiti e sulla qualità dell’assistenza. Personalmente non si evidenziano delle conflittualità tra le diverse professioni. Mi sembra di registrare una maggior integrazione e condivisione delle competenze nella pratica dei servizi sanitari, e che invece il dibattito diventi più estremizzato e conflittuale a livello di policy e rappresentanze ordinistiche o sindacali dei medici.

In quale misura le specifiche competenze infermieristiche sono riconosciute nella redazione dei piani assistenziali in generale?

Molto dipende dal contesto e dalla presenza di leader – cioè il dirigente medico e il dirigente infermieristico – che coltivano una cultura dell’interprofessionalità e un confronto aperto sulle competenze. Mi sentirei di dire che, al giorno d’oggi, le competenze infermieristiche sono riconosciute nei piani assistenziali. I medici stessi sono consapevoli che il paziente è sotto le responsabilità dell’infermiere per 24



Intervista a
Luisa Saiani
Scienze infermieristiche
generali e cliniche
Università
di Verona

ore; ma quando si parla di infermiere, si parla di professionisti con competenze e livelli di esperienza diversi, di cui non si tiene però conto. L'ipotesi su cui noi formatori stiamo investendo da tempo è che la professione infermieristica debba uscire dall'appiattimento legato a modelli vecchi (gli infermieri sono tutti uguali e interscambiabili tra loro) e debba riappropriarsi della sua specializzazione. Dalle competenze specialistiche dipendono i livelli di eccellenza di alcuni ambulatori e alcuni settori della cura e assistenza. Sono competenze irrinunciabili, che oggi non sono riconosciute né valorizzate. Quella infermieristica è una professione che ha bisogno di differenziarsi in più livelli e in più specializzazioni: una parte di infermieri vuole continuare a studiare, a perfezionarsi per avanzare nei livelli di responsabilità. Molti infermieri continuano la formazione dopo la laurea abilitante con laurea magistrale e a seguire con master di specializzazione. Fortunatamente, nella quotidianità del lavoro, le diverse professioni si integrano e dialogano tra di loro e il riconoscimento del ruolo degli infermieri ha superato di gran lunga il dibattito politico.

Cosa può aiutare a definire le "competenze" dei diversi attori coinvolti nella medicina di prossimità?

Una sanità di prossimità non può prescindere dalla medicina generale, ma nello stesso tempo ne è solo una parte. Riusciremo a curare e ad assistere le persone e la comunità solo se avremo una rete territoriale multi-professionale formata da medici di famiglia, infermieri, fisioterapisti, dietisti, terapisti occupazionali e diversi altri professionisti sanitari che lavoreranno in sinergia. L'Italia conta 22 professioni sanitarie con le proprie specificità, che sono una ricchezza di competenze e prospettive diverse. Il medico non può continuare a sentirsi al centro di questo sistema e ritenere di avere intorno a sé le altre professioni quali satelliti. Di fatto questi satelliti hanno sempre più peso nei progetti di una sanità territoriale, di una sanità proattiva verso le malattie croniche, di una sanità che gestisce a domicilio la palliazione e le demenze in una popolazione che invecchia. La questione non è definire quale professione è centrale nella medicina di prossimità. Serve avere uno sguardo moderno, plurale verso le professioni sanitarie tutte. Per esempio, la mobilitazione dei pazienti in una chirurgia è un problema del chirurgo, ma anche degli infermieri, degli operatori sociosanitari e dei fisioterapisti. Il dibattito fortemente divisivo che si genera – "gli infermieri vogliono portar via competenza ai medici" – non può portare a qualcosa di buono al nostro Paese, alla nostra sanità né alle due professioni. Va capovolta la logica: cosa occorre a quel paziente e chi può/deve occuparsene in quello specifico contesto. Non ci sono confini da difendere ma aree da condividere. L'obiettivo sui cui dibattere non dovrebbe essere il task shifting ma piuttosto il task sharing: serve una vera e propria rivoluzione culturale.

A cura di **Laura Tonon**

