

INFERMIERI E NEFROLOGIA IN ITALIA

Carlo De Pietro

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS) e SDA Bocconi, Milano

Nurses and nephrology in Italy

An acceleration in the professionalization of Italian nurses has taken place in recent years. This pattern, together with the increasing prevalence of kidney diseases and the decreasing number of active nephrologists, makes a new collaborative structure between nurses and nephrologists both possible and welcome. This article describes the recent changes and future prospects of the Italian nursing profession. Observations about nephrology are based on interviews conducted with key opinion leaders of nursing in nephrology and dialysis.

Italian nurses have recently acquired a status of professional autonomy. Nursing training is now fully integrated in the university system and nurses have obtained more responsibilities and a higher status within healthcare organizations. Future developments may be related to the internal articulation of the profession, supported by master courses and specialist training. Another possible evolution refers to the ongoing restructuring of the healthcare system with an emphasis on nursing activities and skills rather than medical specialties, which will lead to new and stronger managerial roles for nurses.

The increase in the prevalence of kidney diseases and the declining number of nephrologists will result in a change in the distribution and utilization of nephrology services. The professionalization of nurses allows a new work division with a task shift from doctors to nurses. Italian nephrologists should seek a preferential relationship with the nursing profession, also considering the nursing shortage in several regions. Possible means to accomplish this preferential relationship could be, in addition to task shifting, nurses' involvement in research, and support for postgraduate training. (G Ital Nefrol 2010; 27: 178-87)

Conflict of interest: None

KEY WORDS:

Nurses,
Italian NHS,
Skill mix change,
Task shift,
Professionalization

PAROLE CHIAVE:

Infermieri,
SSN,
Composizione
professionale,
Divisione del
lavoro,
Professionalizzazione

✉ Indirizzo degli Autori:

Dr. Carlo De Pietro
CERGAS e SDA Bocconi
Via Roentgen 1
20136 Milano
e-mail: carlo.depietro@unibocconi.it

PREMESSA

L'analisi svolta nelle pagine seguenti è parte integrante del progetto di ricerca SIN "Prospettive organizzative e strategiche per la nefrologia in Italia. Un'analisi economico-aziendale", svolta nel corso del 2009. L'obiettivo specifico del presente articolo è descrivere le principali evoluzioni della professione infermieristica in Italia e delle possibili influenze che queste potranno avere sull'evoluzione della nefrologia.

La professione infermieristica ha vissuto negli ultimi anni profondi cambiamenti nei curricula formativi ed è fortemente coinvolta nei processi di trasformazione organizzativa delle attività sanitarie (aree di degenza definite in base alla intensità o ai bisogni assistenziali, ecc.). Tali cambiamenti avranno inevitabilmente impatti rilevanti sul lavoro e sul ruolo organizzativo dei

medici e, nello specifico, dei Nefrologi. Quegli stessi cambiamenti rappresentano però anche un'opportunità che i Nefrologi potrebbero cogliere per costruire un nuovo rapporto tra le due professioni, che accompagni - e sostenga - l'evoluzione della nefrologia Italiana dei prossimi anni.

OGGETTO E OBIETTIVI

La professionalizzazione degli infermieri rappresenta un cambiamento strutturale del sistema sanitario italiano, che avrà necessariamente conseguenze importanti per la divisione del lavoro e l'organizzazione dei servizi. Ciò riguarda direttamente anche la nefrologia, che si avvale di personale infermieristico nelle attività di dialisi, di ambulatorio specialistico e di ricovero.

Le pagine che seguono presentano alcune brevi note sulla professione infermieristica in Italia e in Europa, nonché sul processo di professionalizzazione e sulle accelerazioni che questo ha avuto negli ultimi anni, per poi proporre alcune riflessioni sugli impatti che tale evoluzioni potranno verosimilmente avere per la nefrologia Italiana.

L'obiettivo dell'articolo è quindi di descrivere il processo di professionalizzazione che stanno vivendo gli infermieri. Tali informazioni sono rilevanti per i Nefrologi e, più in generale, per i medici su un duplice piano:

- a livello individuale, perché ciascun Nefrologo possa capire meglio le dimensioni di tale cambiamento e gli impatti che esso avrà sul lavoro medico e sull'organizzazione dei servizi sanitari, con un'attenzione particolare al caso della nefrologia;

- a livello collettivo, perché le Società Scientifiche e gli altri organismi professionali possano definire politiche coerenti con tali evoluzioni.

I prossimi paragrafi trattano sinteticamente, rispettivamente, dei seguenti temi:

- la consistenza e le caratteristiche demografiche della professione infermieristica Italiana;

- le recenti evoluzioni del sistema formativo, con il completo inserimento nel sistema universitario e nello schema "di Bologna", comprensivo di corso di Laurea triennale, corso di Laurea specialistica (o magistrale) biennale, *master* universitari di primo e secondo livello e dottorato di ricerca;

- le principali questioni oggi al centro del dibattito relativamente all'organizzazione delle attività di assistenza nelle aziende SSN e alle rivendicazioni da parte della professione;

- gli spazi per una nuova divisione del lavoro che coinvolga in primo luogo medici, infermieri e personale di supporto (in particolare gli OSS);

- le evoluzioni che si prospettano in tema di formazione e di organizzazione dei servizi sanitari, ospedalieri e no;

- le relazioni tra tali evoluzioni della professione infermieristica e le prospettive per la nefrologia. Tale analisi si basa anche su alcune interviste svolte con infermieri impegnati nelle unità operative di nefrologia e dialisi, in Università e nelle Associazioni Professionali.

CONSISTENZA E CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELLA PROFESSIONE

La professione infermieristica è centrale nell'erogazione dei servizi sanitari di tutti i paesi occidentali (1). In Italia essa è regolata da collegi provinciali istituiti con Legge del 1954 e federati nell'IPASVI (Federazione nazionale collegi infermieri; www.ipasvi.it). L'iscrizione al collegio è condizione necessaria per esercitare

la professione. Come per le altre professioni, i collegi tutelano le competenze tecniche dei propri iscritti e verificano l'applicazione del codice deontologico. La necessità dell'iscrizione al collegio permette una rilevazione agevole degli infermieri presenti in Italia, ma le cifre degli iscritti non necessariamente corrispondono a quelle degli infermieri in attività.

Il numero degli infermieri è cresciuto a ritmi sostenuti nel corso del tempo. La Tabella I riporta il numero degli iscritti dal 1960 ad oggi e, per gli anni più recenti, il numero degli infermieri praticanti secondo le stime del Ministero della Salute (fino al 2003) e dell'Istat (dal 2004), riprese dall'OECD per la sua base dati *Health Data 2009* (2).

Per leggere i dati riportati in Tabella, però due alcune notazioni sono importanti:

- i dati IPASVI comprendono infermieri attivi e non attivi (cioè ancora in formazione, già in pensione o che non lavorano come infermieri ma che restano iscritti ai collegi);

- i dati OECD fino al 2003 erano quelli prodotti dal Ministero della Salute e relativi al "Personale delle ASL e degli Istituti di cura pubblici", e non consideravano quindi gli infermieri che lavoravano in altre strutture sanitarie;

- i dati OECD dal 2004 sono rilevati sulla base di indagini campionarie svolte dall'ISTAT e includono le ostetriche e personale infermieristico con titoli formativi ad esaurimento.

La Tabella mostra una crescita estremamente sensibile del numero di iscritti IPASVI fino agli anni più recenti, come conferma l'aumento del 19% tra il 2000 e il 2009. Questa crescita si accompagna però ad un progressivo invecchiamento della professione, come risulta dalle piramidi per età degli infermieri dipendenti SSN riportate in Figura 1¹.

A fine 2001 l'età media degli infermieri dipendenti SSN era di 40.4 anni. A fine 2007 essa era salita a 43.3 anni, con un aumento dunque di circa tre anni, uguale peraltro all'aumento registrato per il complesso degli organici SSN. Questo marcato aumento dell'età media è frutto di più fenomeni, tra cui²:

¹ Per il 2001 il gruppo "Infermieri" include le seguenti figure presenti nella base dati del Conto Annuale della Ragioneria generale dello Stato: "Coll.re prof.le sanitario esperto Ds", "Coll.re prof.le sanitario - pers. infer. - D", "Oper.re prof.le sanitario pers. inferm. - C" e "Oper.re prof.le di ii cat.pers. inferm. Bs".

Per il 2007 il gruppo "Infermieri" include la macrocategoria "Totali profili ruolo sanitario - personale infermieristico".

Per il 2001 la struttura della base dati non permette di estrarre dal gruppo "Infermieri" un piccolo numero di non infermieri compreso nella figura "Coll.re prof.le sanitario esperto Ds". In ogni caso questi non infermieri costituiscono certamente meno dello 0.5% del gruppo "Infermieri" e quindi non modificano i risultati dell'analisi.

² Maggiori informazioni e commenti sull'invecchiamento del personale SSN sono su (5).

TABELLA I - GLI INFERMIERI IN ITALIA

Anno	Iscritti IPASVI (*)	Infermieri praticanti (**)
1960	25408	
1965	29487	
1970	37259	
1975	67973	
1980	83277	
1985	137449	
1990	183734	
1995	286386	282667
2000	319123	299166
2005	342273	405000
2007	360874	414135
2008	370641	
2009	379522	

(*) Fonte: (2).

(**) Fonte: (3).

- l'aumento dell'età di entrata nella professione conseguente alle riforme del curriculum formativo;

- il ricorso alle esternalizzazioni per numerosi servizi prima erogati direttamente dalle strutture pubbliche SSN;

- i vincoli al *turnover* posti dalle norme volte al controllo della spesa pubblica (soprattutto le leggi finanziarie);

- le riforme del sistema pensionistico che obbligano o incentivano il personale a restare al lavoro e innalzano l'età media di pensionamento.

Due ultime riflessioni sull'invecchiamento degli infermieri SSN sembrano utili.

La prima riguarda le previsioni circa l'età media. A questo proposito, si può ritenere che l'età media possa stabilizzarsi sui livelli già raggiunti, anche tenuto conto del previsto, progressivo innalzamento dell'età pensionabile delle donne. Infatti, è possibile ipotizzare che l'entrata nella professione avvenga a regime attorno ai 22-25 anni e il pensionamento a 65 anni. Ciò significa che, nell'ipotesi di distribuzione lineare sulle classi di età, l'età media si stabilizzi attorno ai 43-45 anni. Semmai finora l'esperienza ha mostrato un'età media alla laurea un po' più alta e alcune difficoltà nell'accesso agli organici SSN, che spiegano il numero esiguo d'infermieri nelle classi di età inferiori a 30 anni, come evidenziato nella parte bassa in Figura 1, che mostra invece un'importante concentrazione nelle età comprese tra 35 e 54 anni.

Una seconda riflessione riguarda l'organizzazione

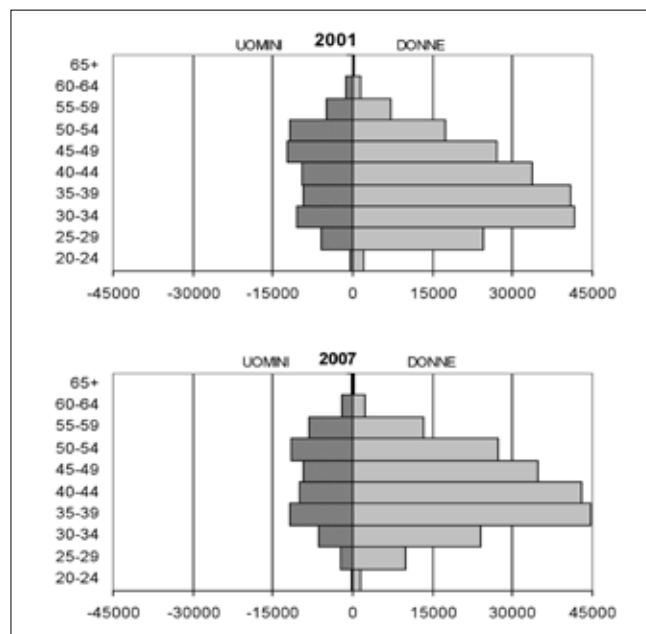


Fig. 1 - Profilo di età e di genere.

Fonte: elaborazioni dell'Autore su dati 4.

del lavoro e in particolare alle conseguenze dell'invecchiamento su disponibilità al lavoro su turni e alla prevalenza d'inabilità certificate per lo svolgimento di determinate mansioni o per il lavoro in determinati orari. Tradizionalmente, infatti, la carriera lavorativa degli infermieri SSN è stata breve (anche per le condizioni previdenziali riconosciute alle donne dalle regole del pubblico impiego) e spesso distinta in una prima fase di lavoro di reparto ospedaliero su turni, e una seconda parte in cui si diveniva "diurnista" o comunque si evitavano i turni notturni. È evidente che tale prassi è messa in discussione dal progressivo invecchiamento degli organici, che chiede di estendere almeno in parte il lavoro su turni anche ad età finora escluse da tale condizione. Per cogliere le radici di tale sfida basta considerare la quota di infermieri dipendenti SSN con 55 anni o più. Essa è passata dal 6% di fine 2001 al 10% di fine 2007. Nell'ipotesi, già fatta sopra, di una distribuzione lineare sulle classi di età 25-65 anni, tale percentuale è destinata a crescere al 20%, il che potrebbe richiedere di coinvolgere nel lavoro per turni anche gli infermieri ultra 55enni o comunque di età oggi quasi del tutto escluse. Nonostante la progressiva erosione delle attività di ricovero ordinario e lo sviluppo di *day service* o *day hospital*, è, infatti, probabile che in futuro numerose aziende siano chiamate a trovare sistemi di gestione del personale che permettano e involino l'estensione del lavoro per turni anche alle classi di età più avanzate.

FORMAZIONE E PROCESSO DI PROFESSIONALIZZAZIONE

A confronto con quella medica, la professione infermieristica è relativamente recente. È usuale individuare la prima scuola per infermiere in quella fondata nel 1860 a Londra da Florence Nightingale, che aveva partecipato alla guerra di Crimea come infermiera volontaria, organizzandovi attività di assistenza.

In Italia la prima scuola fu fondata nel 1896 presso l'Ospedale Gesù e Maria di Napoli, seguita all'inizio del ventesimo secolo da altre aperture nelle principali città Italiane. Ma è del 1925 la prima norma di legge che regola le scuole-convitto infermieristiche³.

Nel 1971 le scuole-convitto si trasformano in scuole aperte anche agli uomini. Nel 1975 il d.p.r. 867 stabilisce un percorso formativo di tre anni, al quale si accede con una scolarità di dieci anni (biennio di scuola media superiore). La competenza in materia di formazione infermieristica passa dagli ospedali alle Regioni.

Nello stesso periodo, precisamente nel 1974, è emanato il cosiddetto mansionario, che rinnova la normativa precedente, definendo responsabilità e mansioni specifiche per gli infermieri.

Con la Legge 341/1990 la formazione passa alle Università che attivano diplomi universitari per l'ammissione ai quali è richiesto il diploma di maturità. Si ha dunque un regime di "doppio binario" con le Università che offrono una formazione alternativa a quella delle scuole infermieristiche Regionali. Tale doppio binario termina con le previsioni del d.lgs. 502/1992 e i seguenti protocolli d'intesa sottoscritti tra Regioni e Università. Da allora la formazione infermieristica si colloca definitivamente in ambito universitario.

Il 1999 è un anno che segna il percorso di professionalizzazione in due modi. Da un lato la Legge 42/1999 sancisce la natura professionale del lavoro infermieristico⁴, abolendo il mansionario del 1974 e stabilendo che il campo proprio di attività e di responsabilità della professione infermieristica è determinato dai contenuti del decreto istitutivo del profilo, dagli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, nonché dai codici deontologici che la professione si dà. Dall'altro lato, nel 1999 l'accademia Italiana adotta il sistema di Bologna per l'istruzione universitaria (Fig. 2). La formazione infermieristica di base dà luogo ad un corso di Laurea all'interno di uno schema che prevede Laurea (di durata triennale; 180 crediti formativi universitari⁵), Laurea specialistica (due anni; 120 CFU; Legge 251/2000, d.m. MURST 128/2001, d.m. MIUR 168/2004 e d.m. MIUR 181/2004), *master* universitario di primo livello (durata variabile, soprattutto nel caso di programmi svolti da persone che lavorano; 60 CFU; accesso con diploma di Laurea), *master* universitario di secondo livello (durata variabile; 60 CFU; ac-

cesso con diploma di Laurea specialistica), dottorato (i primi bandi sono stati emanati nel 2006).

Una particolarità della formazione infermieristica e delle altre professioni sanitarie ex Legge 42/1999, è data dalla Legge 43/2006, che prevede che «l'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti: a) *master* di primo livello in *management* o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza [...]; b) esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza»: si tratta di un monopolio legale assegnato quindi sulla base di un *master* universitario, che diviene assai più appetibile che altri *master* universitari specialistici, pure previsti dalla normativa nelle seguenti aree: Sanità pubblica; pediatria; salute mentale-psichiatria; geriatria; area critica. Questo della formazione specialistica post-base è un punto importante per la nefrologia e che riprenderemo all'ultimo paragrafo.

La stessa Legge 43/2006 stabilisce poi per le aziende SSN che gli eventuali incarichi dirigenziali siano assegnati ad infermieri in possesso del diploma di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche.

In definitiva, la Legge (art. 6, c. 1) prevede quattro articolazioni del personale laureato in infermieristica:

- a) professionisti in possesso del diploma di Laurea;
- b) professionisti coordinatori in possesso del *master* di primo livello in *management* o per le funzioni di coordinamento;
- c) professionisti specialisti in possesso del *master* di primo livello per le funzioni specialistiche;

³ Il R.D. 1832/1925 riguardava la "Facoltà dell'istituzione delle scuole-convitto professionali per infermiere e di scuole specializzate di medicina pubblica, igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici". La norma prevedeva che per l'accesso alle scuole-convitto, esclusivamente femminili e di durata biennale, fosse necessaria la licenza di scuola media o di scuola di avviamento o altro titolo di studio equipollente. Si trattava di scuole basate negli ospedali.

⁴ La legge vale per le ventidue cosiddette professioni sanitarie, appartenenti a quelle che sarebbero divenute le classi di Laurea:

- classe di Laurea delle professioni infermieristico-ostetriche: infermieri, infermieri pediatrici e ostetriche;
- classe di Laurea delle professioni della riabilitazione: educatori professionali, fisioterapisti, logopedisti, ortottisti, podologi, tecnici dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, terapisti occupazionali;
- classe di Laurea delle professioni tecniche sanitarie: dietisti, igienisti dentali, tecnici audiometristri, tecnico audio protesisti, tecnici della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, tecnici sanitari di laboratorio biomedico, tecnici di neuro fisiopatologia, tecnici ortopedici, tecnici sanitari di radiologia medica;
- classe di Laurea delle professioni tecniche della prevenzione: assistenti sanitari, tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro.

⁵ Ciascun CFU equivale a un impegno complessivo di 30 ore.

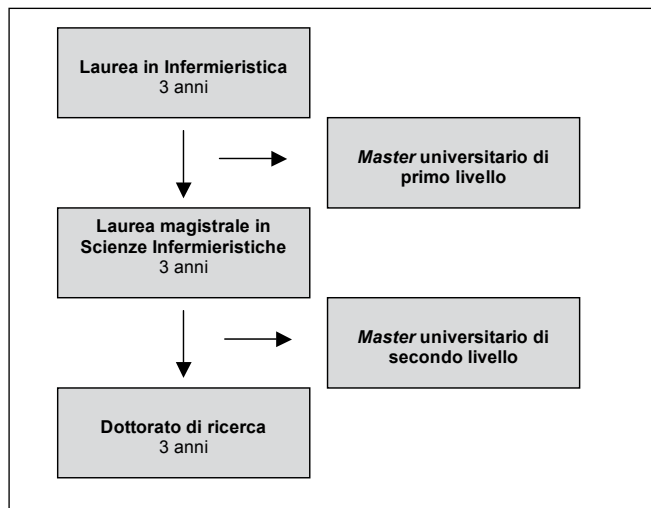


Fig. 2 - Percorsi formativi in ambito universitario.

d) professionisti dirigenti in possesso della Laurea specialistica.

Rispetto a tale articolazione è interessante sottolineare almeno i seguenti punti:

- la tradizione infermieristica Italiana ha sempre previsto una formazione specifica per le funzioni direttive. In questo senso, l'articolazione proposta dalla Legge del 2006 conferma tale differenziazione in senso verticale e gerarchico;

- l'articolazione qui proposta introduce anche una differenziazione orizzontale, basata cioè sulle competenze tecnico-professionali sviluppate dai *master* per le funzioni specialistiche. Si tratta di una novità importante nella professione infermieristica Italiana che, però, salvo che in casi particolari, non si traduce in un riconoscimento contrattuale ed economico;

- la previsione della Laurea magistrale come condizione necessaria ad ottenere incarichi di tipo dirigenziale fa sì che i suoi contenuti siano almeno in parte orientati a sviluppare competenze di tipo gestionale. Negli ultimissimi anni però la professione si sta interrogando sull'opportunità di orientare i contenuti della Laurea magistrale in senso più tecnico-professionale.

Infine, una richiesta generale espressa dalla professione infermieristica Italiana, è di avere più docenti (ricercatori e professori) infermieri, mentre ora sono spesso medici. Un maggior numero d'infermieri in ruolo universitario, sostiene la professione, favorirebbe la ricerca e lo sviluppo di competenze tecnico-professionali in campo assistenziale e rafforzerebbe la posizione degli infermieri nel suo complesso.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA E ATTIVITÀ ASSISTENZIALI

L'accelerazione del processo di professionalizzazione culminata con le l. 42/1999 e 251/2000 (quest'ultima aprendo la strada al corso di Laurea magistrale e alla dirigenza nel SSN), comporta conseguenze importanti per l'organizzazione delle attività cliniche e assistenziali. In particolare gli infermieri - insieme alle altre professioni sanitarie ex Legge 42/1999 - rivendicano soluzioni organizzative maggiormente indipendenti rispetto ai medici.

È in tale contesto che si sviluppa l'idea di definire una doppia linea gerarchica che separi quella clinica, affidata ai medici, da quella assistenziale, affidata agli infermieri. Ad alimentare tale dibattito - e in alcuni casi a stimolare gli infermieri nelle loro rivendicazioni - sono anche le Leggi Regionali che specificano e danno attuazione a quanto previsto dalla Legge 251/2000. In generale, le interpretazioni correnti e le soluzioni concretamente adottate nelle aziende SSN prevedono il mantenimento delle responsabilità complessive delle unità operative in capo ai loro direttori e quindi ai dirigenti (che in gran parte dei casi sono medici), senza cioè avocare completamente alla "linea assistenziale" tali responsabilità seppur declinate per le attività di assistenza. In ogni caso le evoluzioni normative e professionali hanno fatto sì che gran parte delle aziende SSN abbiano rafforzato le responsabilità infermieristiche e abbiano dato loro maggiore visibilità, con lo sviluppo di appositi servizi a livello aziendale, associando la responsabilità di tali servizi a incarichi dirigenziali affidati a infermieri, definendo posizioni organizzative per i referenti infermieristici di dipartimento o di distretto, ecc.

Due temi legati a tale evoluzione restano ancora aperti e oggetto di probabili richieste organizzative da parte degli infermieri anche in futuro:

- dirigenza: livelli più elevati d'istruzione universitaria porranno con maggiore forza la questione della qualifica dirigenziale nel SSN, riconosciuta da oltre un decennio a tutti i professionisti sanitari in possesso di lauree nel vecchio ordinamento universitario (medici, odontoiatri, veterinari, biologi, chimici, fisici, psicologi). È difatti evidente che gli infermieri in possesso di Laurea specialistica, di *master* universitario di secondo livello o di dottorato di ricerca chiederanno condizioni simili agli altri professionisti sanitari che hanno livelli d'istruzione equiparabili, e ciò indipendentemente dal fatto che tale richiesta sia logica o utile alla funzionalità delle aziende SSN;

- libera professione: le norme relative agli infermieri SSN hanno oramai cancellato - almeno da un punto di vista formale - qualunque caratteristica di strumentalità o supporto rispetto ad altre figure professionali e dei medici in primo luogo. Ciò significa che le loro

prestazioni possono essere prestate quali professionisti che erogano servizi in modo autonomo. Da questa condizione consegue la richiesta - già presente da anni nelle rivendicazioni da parte dell'IPASVI - di poter svolgere attività in libera professione intramoenia, con prestazioni direttamente erogate al paziente.

DIVISIONE DEL LAVORO E RUOLO DEGLI INFERMIERI

La divisione del lavoro tra le varie occupazioni sanitarie in Italia sta già vivendo e ancor più vivrà nel prossimo futuro importanti modifiche. Quando si assuma l'ottica degli infermieri, tale evoluzione può essere letta lungo tre diverse dimensioni, tra loro legate:

- professionalizzazione degli infermieri;
- aumento delle competenze del personale di supporto;
- fine dell'abbondanza di medici e insufficienza del turnover in alcune specialità.

La professionalizzazione degli infermieri, progredita di pari passo con l'evoluzione del loro curriculum formativo, è stata già discussa alle pagine precedenti. Essa comporta la possibilità - e la richiesta da parte degli stessi infermieri - di assumere responsabilità crescenti rispetto ai percorsi assistenziali, di decidere rispetto ad essi, di erogare prestazioni prima riservate ai medici o ad altri professionisti sanitari. Si tratta di un tema ampiamente presente in letteratura Internazionale, riconducibile ai concetti di *skill mix change* (6) e di *task shifting* (7).

Lo *skill mix change* guarda alla composizione professionale della forza lavoro sanitaria, cercando la combinazione più costo-efficace all'interno di un sistema sanitario. L'ottica è quindi tipicamente di politica sanitaria e chiama all'azione le autorità che hanno la responsabilità di stimare i bisogni e regolare l'offerta attraverso i classici strumenti dei numeri chiusi per l'accesso ai programmi di formazione, dei criteri adottati per il riconoscimento dei titoli degli eventuali professionisti in arrivo dall'estero, della revisione dei monopoli legali espliciti affidati a ciascuna professione sanitaria.

Il *task shifting* guarda alla stessa questione assumendo però un'ottica di micro-organizzazione del lavoro e ponendo l'attenzione in particolare alla redistribuzione di attività da una professione a un'altra, in genere da professioni con più elevati livelli di formazione a professioni con formazione inferiore (es. dai medici agli infermieri).

La seconda dimensione di cambiamento sopra citata riguarda l'aumento del livello di formazione del personale di supporto, qui inteso come l'insieme di figure quali gli operatori tecnici dell'assistenza (OTA), gli operatori socio-sanitari (OSS), gli infermieri generici,

gli ausiliari specializzati, ecc. Tutte figure cioè che svolgono un ruolo di supporto diretto ai professionisti sanitari nelle loro attività clinico-assistenziali.

Nel tempo tali figure di supporto hanno partecipato al più generale innalzamento dei livelli d'istruzione. In particolare, la figura dell'OSS, definita da un accordo tra Conferenza Stato-Regioni e Ministeri della Sanità e della Solidarietà Sociale nel 2001, prevede un corso di formazione di durata annuale, per un minimo di 1000 ore complessive (di cui 450 di teoria e le ore rimanenti di esercitazioni e tirocinio). Requisiti per l'accesso al corso sono il compimento del diciassettesimo anno di età e il completamento della scuola dell'obbligo. A questa formazione di base può poi aggiungersi un'ulteriore formazione complementare in assistenza sanitaria (il cosiddetto OSSS).

Questo progressivo miglioramento dei livelli formativi dà la possibilità di un trasferimento di attività dagli infermieri al personale di supporto. Finora il ricorso a tale trasferimento è stato assai diverso nelle Regioni e nelle Aziende Sanitarie. In generale, la percezione è che comunque gli spazi per proseguire tale redistribuzione dei compiti siano ancora rilevanti e che quindi il trasferimento è destinato a durare e svilupparsi nei prossimi anni, anche per avvicinare le aspettative dei neo-laureati e neo-diplomati rispetto al lavoro che concretamente li aspetta.

La terza dimensione del cambiamento si basa sull'insufficiente ricambio che è possibile prevedere per la professione medica. Come già argomentato in un altro articolo di questa rivista, l'analisi demografica della professione medica nel nostro paese mostra una distribuzione marcatamente concentrata sulle classi di età comprese tra i 45 e i 60 anni. In questa distribuzione, le coorti più giovani sono numericamente insufficienti a garantire il ricambio a seguito dei pensionamenti e delle altre ragioni di uscita dal lavoro. Date le proiezioni demografiche ed epidemiologiche per la popolazione generale, ciò renderà inevitabile una ridefinizione della collaborazione tra medici e infermieri, con un allargamento delle competenze di questi ultimi.

I tre fenomeni sopra ricordati, da un lato richiedono una nuova divisione del lavoro e, dall'altro la rendono possibile. Si tratta dunque di un aggiustamento strutturale che sembra difficile evitare e che d'altra parte potrebbe costituire un'utile evoluzione del sistema sanitario Italiano. In particolare tale aggiustamento rimanda almeno a tre dimensioni, quando se ne consideri la costo-efficacia complessiva:

- efficienza: una diversa divisione del lavoro potrebbe utilizzare più efficientemente le risorse disponibili nel sistema che, soprattutto nel caso dei medici e con riferimento all'Italia, appaiono destinate a divenire più scarse nei prossimi anni;

- qualità: un progressivo trasferimento di responsa-

bilità e attività dai medici agli infermieri non implica necessariamente minor qualità ed esiti peggiori per lo stato di salute dei pazienti. Nonostante le difficoltà di comparare i contenuti professionali del lavoro infermieristico nei diversi paesi, numerosi studi mostrano come un maggiore ruolo degli infermieri può anzi addirittura migliorare gli esiti per determinate patologie e a certe condizioni;

- motivazione: una maggiore responsabilizzazione degli infermieri e del personale di supporto nei processi di cura potrebbe ridurre la distanza che negli ultimi anni si è ampliata tra le competenze professionali acquisite nel corso della formazione e quelle concretamente richieste dalle mansioni svolte sul lavoro (distanza percepita soprattutto dagli infermieri laureati).

LE PROSPETTIVE FUTURE NELLA FORMAZIONE E NELL'ORGANIZZAZIONE

Le prospettive della professione infermieristica sono assai aperte e certamente non sono legate soltanto al rapporto instaurato con i medici. Esse, infatti, sono collegate all'evoluzione interna della professione, alle conoscenze che svilupperà e alle evidenze che saprà dare circa l'efficacia dei suoi interventi, ecc.

Qui di seguito ci limitiamo ad accennare a due aspetti che ci sembrano meritevoli di attenzione particolare per il potenziale impatto sulle attività di nefrologia.

Un primo aspetto riguarda le prospettive della formazione. Come già osservato alle pagine precedenti, la formazione degli infermieri ha vissuto importanti modifiche negli ultimi anni. È probabile che ulteriori modifiche, sebbene di portata minore, caratterizzeranno anche il prossimo futuro, ma non è chiaro quale modalità potranno seguire, soprattutto con riferimento al ruolo del sistema universitario e delle Associazioni Professionali. In particolare la specializzazione degli infermieri su determinati ambiti di attività o pazienti (es. nefrologia e dialisi) potrebbe passare dalla definizione di percorsi universitari (corsi di perfezionamento, *master*, ecc.) oppure da programmi definiti nell'ambito delle Associazioni Professionali e delle Società Scientifiche.

Finora il maggiore dinamismo è stato mostrato dalle Università, che hanno proposto numerosi programmi di formazione post-base. Tra i fattori che spiegano tale predilezione per la formazione gestita dalle Università è certamente da considerare la maggiore legittimazione dei titoli universitari rispetto a numerose iniziative promosse dalle Associazioni Professionali o le Società Scientifiche, pur meritorie. Peraltro nella tradizione burocratica del pubblico impiego, le pubbliche amministrazioni riescono a valorizzare con più agevolezza i titoli rilasciati dalle Università in termini di punteggio per le selezioni, ecc.

Questo stesso dinamismo mostrato dalle Università potrebbe però creare qualche problema alle aziende SSN, soprattutto se i titoli universitari non corrispondono sempre a competenze realmente acquisite dagli studenti. Le aziende SSN non sono state, infatti, capaci di sviluppare sistemi di valutazione delle competenze individuali dei propri professionisti, e questo porta ad affidarsi, con l'atteggiamento burocratico sopra citato, ai soli titoli di studio. Tale "soluzione" mostra forti limiti già oggi ma rischia di avere conseguenze assai più problematiche nel prossimo futuro. In altri termini, di fronte all'abbondanza di *master* e altri programmi di formazione di qualità eterogenea, le aziende SSN non possono più rimandare lo sviluppo di sistemi di valutazione individuali efficaci, pena il restare ostaggio delle valutazioni espresse dalle Università e l'impossibilità di trattare in modo diverso persone provviste dello stesso titolo di studio, anche dove la qualità di questo ultimo fosse assai eterogenea.

Un secondo aspetto rilevante per le prospettive della professione infermieristica riguarda alcune evoluzioni in atto nell'organizzazione interna delle Aziende Sanitarie Italiane.

In ambito ospedaliero tale evoluzione va di pari passo con la dipartimentalizzazione e la definizione di aree o piattaforme assistenziali specializzate, quali le terapie sub-intensive, gli ambulatori, gli spazi per *day hospital* e *day surgery*, quelli di osservazione breve, ecc. In tutti questi casi si tratta di evoluzioni che sganciano in misura più o meno marcata gli spazi assistenziali da un naturale riferimento a una disciplina medico-chirurgica (8). In questa prospettiva, il criterio di base per la definizione dell'organizzazione aziendale interna non è più la specialità medica o il bisogno clinico del paziente, quanto i suoi bisogni assistenziali. Ciò si accompagna alla definizione di aree di degenza distinte in base all'intensità o al tipo di assistenza che deve essere prestata al paziente, con i medici che si profilano di più come specialisti e di meno come gestori delle risorse fisico-tecniche. In questa situazione diventano evidenti gli spazi per una nuova definizione del ruolo del personale dell'assistenza e in primo luogo degli infermieri, chiamati a responsabilità gestionali crescenti.

In ambito territoriale le innovazioni più promettenti sembrano quelle legate allo sviluppo di strutture quali le case della salute, i punti territoriali di assistenza, ecc., per come variamente denominati e interpretati dalle Regioni. In ogni caso si tratta d'innovazioni che rafforzano il ruolo degli infermieri, con l'allargamento degli ambiti di bisogno e servizio per i quali l'infermiere può autonomamente dare una risposta definitiva (*see and treat*), senza rimandare il paziente ad altri professionisti.

I RAPPORTI TRA MEDICI E INFERMIERI IN NEFROLOGIA E DIALISI

Gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nelle attività di nefrologia e dialisi e hanno contribuito certamente agli ottimi risultati della nefrologia Italiana.

In ambulatorio, il ruolo degli infermieri è simile a quello che caratterizza in genere le altre medicine specialistiche.

In dialisi, i pazienti sono gestiti per gran parte dagli infermieri, come risulta chiaro nel caso dei CAL (Centri dialisi ad assistenza limitata). Nella dialisi, infermiere e medico lavorano con ruoli ben definiti, il che favorisce la collaborazione e limita le situazioni di possibile attrito interprofessionale, allo stesso modo di quanto per esempio avviene in rianimazione. Questa situazione anzi ha fatto sì che l'infermieristica imparasse molto dalla dialisi per l'autogestione e l'*empowerment* del paziente.

Questa relativa autonomia, insieme ai contenuti stessi delle attività svolte, pongono gli infermieri di nefrologia e dialisi in una posizione in qualche misura distintiva rispetto ai colleghi. Agli occhi della stessa professione infermieristica la nefrologia e dialisi rappresentano infatti un'area critica poiché caratterizzata da polipatologie e casi complessi.

In termini assistenziali, il paziente con insufficienza renale cronica è considerato più complesso di quello oncologico, se non nei casi di chemioterapia ad alte dosi o in altre situazioni particolari. I contenuti dell'assistenza infermieristica hanno elementi che l'avvicinano ad altre discipline di area medica (con similitudini, ad esempio, all'assistenza prestata per la BPCO o le malattie epatiche) e altri che l'avvicinano alla terapia intensiva.

Lo sviluppo di un'identità distintiva è stato supportato anche dalla vita associativa e professionale, rappresentata soprattutto dalla sezione Italiana della EDTNA ERCA (*European Dialysis and Transplant Nurses Association - European Renal Care Association*), fondata nel 1971 e forte di 5000 Soci nel mondo. L'associazione pubblica trimestralmente il *Journal of Renal Care*, censito su *Medline* con traduzione in sette lingue. La sezione Italiana, costituita nel 1991, ogni anno organizza un Congresso e partecipa alle attività dell'Associazione Europea. Tra i prodotti dell'EDTNA-ERCA si ricordano il *core curriculum* per il *nursing* nefrologico e gli *standard* Europei di pratica clinica per l'assistenza nefrologica.

La clinica sofisticata e le possibilità di formazione relativamente buone, se confrontate con altri ambiti disciplinari, costituiscono punti di forza del lavoro in nefrologia e dialisi per gli infermieri. D'altro canto, quali aspetti non positivi sono spesso citati le attività abbastanza ripetitive; gli spazi poco integrati con gli altri servizi

aziendali in cui lavorano alcune realtà, che danno la sensazione di un confinamento fisico; la possibilità di *burnout* non dovuto solo alla ripetitività ma al sapere che «lavorare in dialisi significa accettare positivamente il fallimento», come ricordato da un intervistato.

Infine, con riferimento alla formazione, oggi nel nostro paese non esistono corsi di specializzazione o *master* per gli infermieri di nefrologia e dialisi. E questo sebbene, a detta degli infermieri, ci sia bisogno di competenze che la Laurea triennale in infermieristica non dà.

Gli ambiti di competenza specifici considerati più importanti per gli infermieri di dialisi riguardano la gestione dell'accesso vascolare, l'educazione del paziente, la gestione dell'anemia (somministrazione eritropoietina) con il monitoraggio delle dosi.

Alcuni anni fa l'Università degli Studi di Udine ha organizzato un *master* universitario di primo livello con parte comune di area critica e poi un percorso dedicato a nefrologia e dialisi. L'esperienza però non è stata ripetuta, soprattutto a causa dei limitati incentivi a seguire un corso che non ha conseguenze sull'inquadramento contrattuale dei diplomati.

Attualmente quindi la formazione è svolta sul luogo di lavoro, con un affiancamento che dura 3-6 mesi e per il quale alcune Aziende Sanitarie di grandi dimensioni hanno definito specifici ruoli di tutor. Oltre a questa formazione di base, l'infermiere ha bisogno di ulteriore esperienza per svolgere servizi quali la reperibilità o l'assistenza telefonica dei pazienti che fanno dialisi presso il loro domicilio.

L'aggiornamento professionale e la formazione esterna restano quindi tutto sommato limitati. Il principale veicolo per il confronto professionale è l'associazione EDTNA-ERCA con la sua rivista e il suo Congresso annuale. In alcuni casi ci sono altri eventi specifici.

SPAZI E OPPORTUNITÀ PER UNA NUOVA COLLABORAZIONE

Lo sviluppo della nefrologia e dialisi passa anche da un consolidamento delle relazioni tra medici e infermieri, considerate già oggi complessivamente positive.

Il ruolo degli infermieri e delle loro competenze assistenziali è peraltro destinato ad acquistare rilevanza a seguito dell'aumento dell'età media dei pazienti, che rendono centrali la gestione della cronicità, la *compliance* e i comportamenti individuali che influiscono sull'efficacia dei servizi prestati e sulla qualità di vita dei malati. In particolare un aspetto centrale della dialisi è l'alleanza terapeutica con la famiglia il che, di nuovo, conferma la centralità dell'infermiere.

Oltre a tali evoluzioni fisiologiche e del tutto prevedibili per l'assistenza infermieristica, ce ne sono altre

che possono discendere da azioni intenzionali definite insieme ai Nefrologi.

Un primo aspetto su cui certamente la collaborazione tra medici e infermieri potrebbe essere sviluppata riguarda la ricerca. Finora, infatti, il coinvolgimento degli infermieri è stato per lo più limitato alla raccolta dei dati o ad altre attività di supporto. Per quanto detto sopra, è evidente che un più attivo coinvolgimento degli infermieri potrebbe portare a benefici importanti sia per le conoscenze scientifiche, sia per la pratica clinico-assistenziale.

Un secondo aspetto su cui i Nefrologi potrebbero giocare un ruolo importante riguarda l'attribuzione agli infermieri di alcune attività oggi svolte dai medici, quali:

- le attività amministrative e documentali da svolgere in vista del trapianto;
- parte delle attività ambulatoriali pre e post-trapianto;
- le attività di presa in carico sul territorio, quali le prenotazioni da altri specialisti (cardiologi, ecc.) e quelle tese ad assicurare la *compliance* da parte del paziente e dei suoi familiari.

Su quest'ultimo punto particolare, gli infermieri affermano di poter gestire molta parte dell'attività ambulatoriale distrettuale e, in prospettiva, di poter prendere in carico i pazienti dallo stadio 1 dell'insufficienza renale, lasciando poi al medico la diagnosi e la cura dei pazienti che dovessero raggiungere lo stadio 3.

Un ulteriore aspetto riguarda la formazione. Come già osservato al paragrafo precedente, la formazione è oggi svolta sul campo, mentre l'esperienza del *master* universitario, attivato alcuni anni fa, non è stata poi proseguita. Nonostante tale arresto temporaneo, la definizione di programmi di formazione sovra aziendali potrebbe in realtà essere utile ad acquisire competenze omogenee e verificate per l'assistenza infermieristica in nefrologia e dialisi, e potrebbe favorire un ulteriore avanzamento scientifico e professionale. I medici Nefrologi in questo potrebbero dare un supporto rilevante partecipando in veste di docenti e convogliando attenzione istituzionale e risorse - eventualmente anche facilitando il reperimento di risorse presso imprese fornitrici, associazioni dei pazienti, aziende SSN - sulla necessità di tale formazione specialistica.

Più in generale una rinnovata collaborazione con gli infermieri sembra da un lato un passaggio inevitabile per i Nefrologi, dall'altro un'opportunità per mantenere gli ottimi risultati raggiunti dalla disciplina in Italia. A favore di tale evoluzione giocano più fattori:

- l'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento della prevalenza delle malattie renali;
- il progresso scientifico e la conseguente espansione del campo d'intervento potenziale della nefrologia;
- la demografia professionale dei Nefrologi e la pre-

vedibile insufficienza dei nuovi specializzati per rimpiazzare chi va in pensione;

- l'allungamento dei percorsi formativi degli infermieri.

È dunque evidente che una diversa e più forte collaborazione è al contempo possibile e necessaria. Di più, è verosimile che i recenti e importanti sviluppi del processo di professionalizzazione degli infermieri (9) li renda potenzialmente interessati a stringere relazioni preferenziali con le discipline medico-chirurgiche che saranno più capaci di offrire loro condizioni utili allo sviluppo professionale e più coerenti con gli attuali livelli di formazione. La nefrologia, minacciata dalla sua stessa demografia professionale, dovrebbe essere dunque fortemente interessata a sviluppare tali relazioni preferenziali, accompagnando una revisione della divisione del lavoro tra le due professioni (Nefrologi e Infermieri) e supportando le richieste degli infermieri di nefrologia e dialisi in termini di attività di ricerca, formazione specifica e collegati riconoscimenti contrattuali e retributivi.

Tale prospettiva diviene ancora più opportuna, quando si consideri la stessa demografia infermieristica, che vede ampie zone del paese caratterizzate da una carenza infermieristica anche importante (10). In tale quadro, le specialità mediche chirurgiche che saranno capaci di offrire le prospettive più promettenti agli infermieri potranno infatti evitare o comunque ridurre i problemi che derivano da quella carenza.

RIASSUNTO

Negli ultimi anni il processo di professionalizzazione degli infermieri italiani ha vissuto un'accelerazione. Tale fenomeno, insieme all'aumento della prevalenza delle malattie nefrologiche e alla riduzione del numero di Nefrologi, rende possibile e opportuno un nuovo rapporto tra Nefrologi e Infermieri. L'articolo descrive le recenti evoluzioni della professione infermieristica e le sue prospettive. Le considerazioni che riguardano specificamente i Nefrologi si rifanno a interviste condotte con infermieri con profonda conoscenza delle attività e del ruolo dell'infermiere in nefrologia e dialisi. Gli infermieri italiani hanno perfezionato la propria autonomia professionale, hanno integrato definitivamente i percorsi formativi in ambito universitario, hanno acquistato responsabilità nell'organizzazione interna delle aziende. Un'importante possibile evoluzione futura è legata all'articolazione interna alla professione, basata sull'attivazione di master e formazioni specialistiche. Un'altra evoluzione probabile è la prosecuzione della riorganizzazione interna alle aziende, con l'ulteriore sviluppo di aree di day hospital, day surgery, week hospital, degenza omogenee, definite a partire dalle necessità assistenziali dei pazienti, più che da quelle cliniche. La loro gestione potrà dunque essere affidata agli infermieri. L'aumento della prevalenza

delle malattie nefrologiche e il ridotto numero di Nefrologi rende necessaria una diversa diffusione delle competenze nefrologiche. La professionalizzazione degli infermieri rende concreta l'ipotesi di una nuova divisione del lavoro, con un progressivo task shift dai medici agli infermieri. I Nefrologi dovrebbero sviluppare un rapporto preferenziale con la professione infermieristica, tenuto conto anche della carenza di infermieri in alcune Regio-

ni. Dimensioni per fare ciò, oltre al task shifting, sono la ricerca e la formazione post-universitaria.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Tousijn W. Il sistema delle occupazioni sanitarie, Bologna: il Mulino, 2000.
2. IPASVI, 2009 "Gli iscritti dal 1956 ad oggi". Disponibile su: <http://www.ipasvi.it/chiamo/content.asp?ID=6> (accesso il 25 Febbraio 2010).
3. OECD. Eco-Salute 2009, Paris: OECD, 2009.
4. Ragioneria Generale dello Stato 2008, www.contoannuale.it (accesso il 29 Dicembre 2008).
5. De Pietro C. L'invecchiamento del personale SSN. In: Cantù E, a cura di. L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009, Milano: Egea 2009; 469-91.
6. Buchan J, Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. Bull World Health Organ 2002; 80 (7): 575-80. Epub 2002 Jul 30.
7. WHO. Task Shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines, Geneva: World Health Organization, 2008.
8. Lega F, DePietro C. Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy. Health Policy 2005; 74: 261-81.
9. IPASVI, 2009 "Le tappe storico-legislative della riforma della formazione infermieristica". Disponibile su: <http://www.ipasvi.it/formazione/content.asp?ID=27> (accesso il 16 Gennaio 2010).
10. De Pietro C. La carenza di infermieri: condizioni del mercato del lavoro e risposte di management. In: Cantù E, a cura di. L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006, Milano: Egea 2006; 565-90.