

## Per continuare un dibattito su competenze e confini

Era stato pubblicato sul Lancet nel 1995 un editoriale<sup>1</sup> (ripreso dalla allora 'Rivista dell'Infermiere')<sup>2</sup> sulla disavventura capitata ad un'infermiera che aveva eseguito (peraltro con successo, e assistita da un chirurgo esperto) un intervento di appendicectomia ed era stata per questo sospesa dal servizio. Nell'editoriale del Lancet si sosteneva che un infermiere esperto di sala operatoria è in grado di eseguire un intervento chirurgico meglio di uno specializzando, e si arrivava ad auspicare che parte dell'attività chirurgica fosse seguita da personale esperto non medico. Con l'abolizione del mansionario, i confini tra professioni sono diventati sempre più sfumati. Il problema non sta certo nel dimostrare che gli infermieri possano eseguire manovre e attività con la stessa competenza del medico (dalle gastroscopie, alle prime visite in ambulatorio, al posizionamento di cateteri). La letteratura è ricchissima di "dimostrazioni" in questo senso. Anche in questo numero di AIR proponiamo un contributo,<sup>3</sup> che si aggiunge a quelli già documentati in precedenza<sup>4-6</sup> che descrive l'esperienza di un ospedale dove il personale infermieristico è stato formato (certificato, autorizzato) ad inserire pacemaker, al posto dei medici, al di fuori dalla sala di elettrofisiologia.<sup>3</sup>

La professione infermieristica sta di fatto rispondendo a più sollecitazioni: quelle dell'organizzazione, per rendere più efficienti alcuni servizi ai pazienti; quelle della professione, che spinge gli infermieri ad eseguire attività per le quali sono preparati (o possono essere preparati), e che sono/erano eseguite dai medici. In Scozia da vent'anni è stata preparata la figura di *Endoscopic Nurse Practitioner*, che dopo un percorso di master e training presso i servizi di endoscopia di 18 mesi viene abilitata ad eseguire esami endoscopici di screening ma via via che acquisisce competenze più elevate allarga il campo di azione.<sup>7</sup> Il tutto con un monitoraggio costante della qualità degli esami, una supervisione stretta di un medico esperto e un ri-accredatamento triennale. In Italia è stato attivato un master di endoscopia per infermieri... È molto sentita anche l'esigenza di non perdere però una delle caratteristiche del lavoro dell'infermiere - la presa in carico - che nel tempo è stata attribuita ad altre figure, ma che si sta tentando con crescente attenzione di recuperare, tanto da creare il movimento *Back to basic*, proprio per recuperare spazio e riflessione sull'importanza delle cure di base.<sup>8</sup>

Anche se tutti riconosciamo che assistere sia molto più che trattare una persona ammalata, e l'importanza di aiutare ad affrontare l'esperienza

della malattia, si tratta di attività/funzioni intangibili,<sup>9</sup> e quindi poco visibili e non riconosciute dai sistemi organizzativi, in forma pubblica. La necessità di *tangibilità* porta molti infermieri a voler eseguire pratiche concrete, riconoscibili, potenzialmente monetizzabili. Indubbiamente, dotare gli infermieri della capacità di gestire alcuni problemi di diagnosi e trattamento, permette ai medici di occuparsi dei processi clinici più complessi e alle organizzazioni di ridurre i tempi di attesa.

Alcune riflessioni generali riguardano la flessibilità che deve esistere tra la definizione di uno “specifico professionale” funzionale da una parte per definire un sapere disciplinare, ma dall'altra ad aumentare il potere contrattuale determinato dall'esclusività di poter svolgere alcune funzioni, e la necessità di fornire risposte assistenziali. Il tutto mentre quotidianamente siamo bombardati da un lato da proiezioni riguardanti la prossima carenza di medici specialisti mentre dall'altro da dichiarazioni sulla necessità della presenza dei medici non specializzati sulle ambulanze per contrastare l'eccesso di attività attribuite agli infermieri nell'emergenza.

Se da una parte aumenta la richiesta di sviluppare competenze per gestire alcune popolazioni (pazienti con demenza, terminali, cronici... e quindi diventare esperti di popolazioni e processi) dall'altra l'organizzazione può fare richieste diverse, e spingere a diventare esperti di tecniche (infermieri che inseriscono cateteri centrali, pacemaker, ...) per rendere più accessibili le risposte assistenziali ai pazienti. Ben lungi in questo contesto da voler entrare nel merito del dibattito su cosa costituisca una competenza avanzata (aspetto già affrontato su AIR)<sup>10</sup> se la gestione esperta di un singolo aspetto/problema o quella complessiva di un caso complesso. Come già sottolineato<sup>8</sup> la capacità di cogliere e governare questi cambiamenti sta nel centrare l'attenzione sui bisogni dei pazienti e su cosa può migliorare la risposta o un progetto di presa in carico. Certo sarebbe quanto meno auspicabile che ci fosse un riconoscimento istituzionale di queste competenze. Il nuovo contratto di lavoro del comparto della sanità pubblica ha aperto uno spazio con l'individuazione degli incarichi professionali di esperto e specialista ma ancora deve trovare concreta applicazione. È necessario tuttavia tracciare una mappa di questi cambiamenti, per comprendere quello che sta succedendo, capire quali sono le nuove esigenze, verificare il loro 'tenuta' in termini di non inferiorità per sicurezza e qualità, ed accrescere via via le informazioni disponibili per cercare di governare il cambiamento.

## BIBLIOGRAFIA

1. Editorial. Who is a surgeon. *Lancet* 1995;345:663-5.
2. Geraci E. Mrs Tomlison e il GISSI-Nursing. *Riv Inf* 1995;14:2-3.
3. Cervellione R, Moltrasio M, Bucca G, Moro M, Tondo C. I loop recorder impiantabili di nuova generazione possono essere gestiti in maniera sicura ed efficace da personale infermieristico formato. *Assist Inferm Ric* 2018; 37:196-201.

4. Bambi S, Giusti M, Becattini G. See & Treat in pronto soccorso: dal medico all'infermiere con competenze avanzate. Una revisione della letteratura. *Assist Inferm Ric* 2008;27:136-44.
5. Elli S, Cannizzo L, Marini A, Porcarelli S, Azzarone F, Fumagalli R, Foti G, Lucchini A. Posizionamento della punta del catetere durante l'impianto di PICC: analisi retrospettiva dell'affidabilità del metodo ECG vs. controllo radiologico. *Assist Inferm Ric* 2016;35:174-9.
6. Plebani L, Suardi B. Certificazione degli infermieri per il posizionamento e la gestione di un sistema di emostasi vascolare. *Assist Inferm Ric* 2008; 27:196-6.
7. <https://www.gcu.ac.uk/study/modules/info/?Module=MMB723868>
8. Bambi S, Lucchini A, Solaro M, Lumini E, Rasero L. Interventional Patient Hygiene Model. Una riflessione critica sull'assistenza di base in terapia intensiva. *Assist Inferm Ric* 2014;33:90-6.
9. Radcliffe M. Doctors and nurses: new game, same results. *BMJ* 2000;320:1085.
10. Saiani L, Dimonte V, Palese A, Chiari P, Laquintana D, Tognoni G, et al. Dossier: Competenze avanzate. Aspetti critici e nodi del dibattito. *Assist Inferm Ric* 2016;35:116-49.