UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

Angeli bianchi: storia ed evoluzione dell'infermiere

Relatore:
Dott.ssa Catia Fiorani

Tesi di Laurea di:
Veronica Grattini

A.A. 2018/2019

Dedicato a chi ha sempre creduto in me...

a mia madre,
a mio padre,
a Tommaso, mio fratello,
al mio portento, nonno.
Essi, per me, sono il senso;
essi, per me, sono il Senso.

INDICE

1. INTRODUZIONE.....1
2. OBIETTIVO.....4
3. MATERIALI E METODI.....5
4. RISULTATI.....6
1.1 Storia del nursing: l'infermiere di ieri.....6
1.2 Florence Nightingale ed altre teoriche del nursing.....12
1.3 Nascita delle scuole convitto.....21
1.4 La figura maschile ed il mansionario.....23
1.5 I diplomi universitari.....25
2.1 Evoluzione storica, normativa e deontologicca: l'infermiere di oggi.....26
2.2 Il titolo di studio.....27
2.3 Nuovo Codice Deontologico.....29
2.4 Il Collegio diventa Ordine.....30
2.5 La FNOPI approva il nuovo Codice Deontologico.....31
3.1 Prospettiva: l'infermiere del futuro.....34
3.2 Il ruolo dell'infermiere nella sanità futura.....37
3.3 L'infermiere specialista e l'infermiere di famiglia/comunità.....37
3.4 L'infermiere esperto.....42
3.5 Telemedicina e telenursing.....43
3.6 L'infermiere e il ruolo educativo.....49
5. CONCLUSIONI.....52
6. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....56

PREMESSA

Si dice, da più parti, che questo è un tempo del vivere umano in cui non si riesce a trovare il senso delle cose. É difficile incontrare e perseguire il senso del vivere, il senso dell'altro, il senso degli accadimenti o il senso di non-accadimenti.
Tutto rimane sospeso tra il quasi ed il niente.
Questo è un tempo in cui è più difficile cercare, trovare e perseguire un senso.
Esiste un problema di senso generale e uno di senso specifico.
Il senso generale è un problema della società e di ogni uomo che cerca un proprio posto nel mondo.
È indubbio che, oggi, il concetto di assistenza, nel pensiero dominante, è in difficoltà.
Ci si riferisce ad una crisi del valore della solidarietà, progenitore ed archetipo di ogni concetto assistenziale, inteso come 'stare vicino' in senso culturale.
Se vi è difficoltà nel determinare il senso dell'assistenza, e quindi della solidarietà umana, appare palese come tale difficoltà si ripercuota sulla ricerca del senso dell'assistenza infermieristica.
Tutto è centrato ed orientato lì: un lungo percorso per arrivare ad un unico traguardo.
Soffermarsi sul senso della disciplina infermieristica e, conseguentemente, su quello dell'assistenza infermieristica, significa aver già dato per scontata, e ci vuole coraggio per affermarlo, la ricerca del senso generale: l'aver effettuato le proprie scelte di senso della vita come uomini e donne.
Solo a seguito delle scelte personali avranno valore e forza le scelte categoriali, come infermiere.
Il nostro obiettivo viene perseguito attraverso una ricerca storica e filosofica dapprima dell'assistenza e poi dell'assistenza infermieristica in forma disciplinare.
Ma il senso dell'assistenza infermieristica è un risultato, non un punto di partenza.
È un quadro ricco e copioso in cui numerosi soggetti ed ingredienti si mischiano in un insieme da cui è difficile desumere il particolare.

(Manzoni E. (2010), Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica, L.E.G.O. S.p.a., stabilimento di Lavis (TN))

1. INTRODUZIONE

Nel 1978, Carper ha scritto che l'*assistenza infermieristica* ha cercato di sviluppare un modello di pratica olistica, individualistica e terapeutica che ha allontanato la professione dall'autocratico, riduzionista, e dalle caratteristiche comportamentali del modello medico.
L'assistenza infermieristica è una *professione dinamica* e quindi ha bisogno di una continua esplorazione dei vari concetti collegati ai suoi processi educativi e di valutazione.

La *conoscenza* come antecedente al concetto 'modi di conoscere il nursing', è la conoscenza generale che l'individuo possiede prima di entrare in una disciplina come l'assistenza infermieristica. La conoscenza è stata definita come 'comprensione o informazione su un argomento che è stato ottenuto dall'esperienza o dallo studio e che è nella mente di una persona' (Cambridge Dictionaries, 2003); e come' il fatto o condizione di conoscere qualcosa con familiarità, esperienza, associazione, conoscenza o comprensione di una scienza, arte o tecnica' (Merriam-Webster, 2003).
La conoscenza etica, la componente morale, è stata descritta da Carper (1978) per quanto riguarda la scelta di giustificare e giudicare le azioni che coinvolgono dovere morale, diritti ed obblighi.[1]
L'assistenza, in una dimensione temporale, rappresenta quell'insieme di eventi che, in momenti particolari della vita di un uomo, hanno necessità di un intervento esterno per poter essere portati a compimento. Sono assistenziali gli eventi temporali come i riti di passaggio (nascita e morte), la malattia, il processo di acquisizione delle capacità di far fronte alle necessità della vita (ad es. l'infanzia) e l'esaurirsi di tali capacità (ad es. la vecchiaia).
Si crede che l'assistenza infermieristica sia, fondamentalmente, un'entità femminile indipendentemente dall'attore che la esercita.
È caratterizzata da azioni di *maternage,* di presenza continua, di tocco dolce, di vicinanza culturale, di copiosità... Questa divagazione allo scopo di considerare da subito la coniugazione realizzatasi, già negli albori dell'esperienza umana sul pianeta, tra l'entità femminile dell'assistenza e la figura della donna. Anzi, forse, le civiltà antiche e l'era precristiana in genere sono il momento in cui più si è realizzata la coniugazione tra le entità governanti e il ruolo sociale e culturale dell'uomo e della donna.

La donna viene chiamata ad assistere in quanto presidiante i riti di passaggio, in quanto madre, in quanto educatrice fondamentale nell'acquisizione delle risposte dei bisogni di vita. Se il fine prioritario delle prime aggregazioni di vita è stato quello di garantire la vita e favorire la conservazione della specie, la donna si trova a riscoprire un incarico tanto fondamentale quanto sconosciuto: occuparsi dei figli e delle persone bisognose aggiungendo all'affetto la solidarietà.
In questa visione delle cose ci si riferisce ad un mondo antico e culturale di tipo occidentale.
Sono descritte esperienze di matriarcato, anche preistorico, in cui le entità citate si sono realizzate in modo diverso. È altresì lecito pensare che, con l'andare del tempo, si sia strutturata una elementare cultura assistenziale. Questa affermazione trova supporto nella constatazione che non necessariamente nel mondo animale, anche molto evoluto, si debba (dovere di gruppo) dare aiuto all'altro in stato di bisogno. Esso va invece, per il bene della specie, lasciato a se stesso. [2]

La natura specifica del nursing consiste nell'assumere come problema centrale della sfera professionale non tanto il 'fenomeno malattia', quanto le sue conseguenze di tipo fisiologico, psicologico e sociale, quelle che influiscono sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona malata che viene presa in considerazione nel suo 'tutto', secondo una prospettiva olistica.
Uno degli aspetti più interessanti dello sviluppo della scienza infermieristica è rappresentato dal fiorente nascere di differenti elaborazioni concettuali che, a partire dalla metà del ventesimo secolo, si sono tradotte in paradigmi e teorie dell'assistenza, guide del 'to care' infermieristico ed impronta intellettuale per lo svolgimento di ogni prestazione.
A mostrare nella sua ampiezza il campo proprio di cui la disciplina si occupa, con le relative caratteristiche e i rispettivi confini, è il cosiddetto metaparadigma dell'infermieristica, la cornice filosofica del sapere professionale.

Il metaparadigma, che etimologicamente significa 'oltre il modello' e racchiude quindi al suo interno tutto ciò che è pertinente all'infermieristica, è formato da quattro concetti fondamentali: [18]

- *uomo/assistito*: necessita di assistenza per raggiungere l'autonomia e mantenere un equilibrio fisico ed emotivo.
- *salute/malattia*: consiste nella capacità del paziente di eseguire autonomamente le attività di vita quotidiana.
- *ambiente/contesto sociale*: è l'insieme di tutti i fattori che incidono sulla vita e sullo sviluppo di un organismo.
- *assistenza infermieristica*: si traduce nell'aiuto all'individuo (sano o malato che sia); l'infermiere, a seconda dei casi, agisce da sostituto o da aiutante dell'assistito.

ovvero rappresenta un interesse per la globalità dell'essere umano e dei suoi bisogni, per il modo in cui la singola persona vive la salute e la malattia, per quello con il quale si prende cura di sé durante la malattia e per quello con il quale chiede e riceve assistenza dall'infermiere non dimenticando mai la continua interazione dell'uomo con l'ambiente in cui si trova. Questi concetti hanno attraversato negli ultimi trent'anni la professione infermieristica e hanno formato generazioni di infermieri molto diversi.
Perciò l'American Nursing Association (ANA), intorno al 1985, ha affermato che il paradigma degli infermieri è capire le risposte umane del paziente alla sua malattia, esprimere un giudizio di queste (diagnosi infermieristiche) e decidere i trattamenti infermieristici conseguenti. Sono nate in questa epoca le diagnosi infermieristiche che hanno contribuito a completare il quadro complessivo del metodo clinico utilizzato dagli infermieri nella pratica clinica. [17]

1. OBIETTIVO

L'obiettivo di questo elaborato è quello di rappresentare una time-line della storia del nursing attraverso una revisione narrativa e di descrivere come la figura infermieristica è cambiata nel corso del tempo, sottolineando la sua evoluzione e prospettando le potenzialità della stessa nel futuro del sistema sanitario.

2. MATERIALI E METODI

Per la stesura di questo elaborato sono state consultate banche dati biomediche che hanno permesso di visionare materiale a carattere scientifico. Le banche dati consultate sono state quelle messe a disposizione dall'Università Politecnica delle Marche: Cinhal Plus, Pubmed e Cocharane Library.

Per la ricerca del materiale sono state utilizzate parole chiavi 'keys word' come: "*prospettive and nursing*", "*nursing evolution*", "*nursing trends*", utilizzando operatori booleani come AND, OR, NOT, permettendo di rendere più efficace la ricerca nelle banche dati.

È stato reperito materiale nei siti del Ministero della Salute, della FNOPI ed in alcuni libri di testo.

Sono stati utilizzati studi filtrati quali:

- studi in inglese, italiano
- pubblicati dal 1906 al 2019

Presentazione degli studi selezionati:

652 articoli identificati in totale:

580 Cochrane Library
45 Cinahl Plus
27 PubMed

- Cochrane Library: 332 esclusi in base all'abstract e 247 esclusi perchè con obiettivo diverso.
- Cinahl Plus: dopo aver effettuato le ricerche avanzate non ho trovato articoli inerenti al mio elaborato.
- PubMed: 17 esclusi perchè mancanti di full text e 9 esclusi per titolo non inerente.

Da questa ricerca ne deriva che gli articoli rilevati dalle banche dati inerenti al mio elaborato sono 2.

3. RISULTATI

1.1 Storia del nursing: l'infermiere di ieri

Nelle città si formano confraternite ospedaliere, che nel Cinquecento troveranno il massimo splendore, composte da uomini e donne, in ospedali già esistenti o nuovi.

Gli Hotel Dieu di Lione e Parigi esemplificano un modello di ospedale nato in seno alla comunità religiosa consacrata ad affidato al sostegno attivo dei laici: in esso operano infermiere donne coadiuvate da uomini, i *servi* o *famuli*. Un' estesa documentazione ci informa sull'organizzazione delle attività assistenziali che comprendono l'ammissione e la dimissione degli infermi, la responsabilità delle cucine e della lavanderia, la sepoltura dei morti.

È opportuno precisare che il termine *servo,* dinanzi citato, non indica di per sé una condizione di dipendenza gerarchica o di sottomissione e restrizione della libertà; esso, nel suo significato più nobile, si ricollega al concetto di *servus infirmorum,* servitore di infermi.

Il Cinquecento è un secolo cruciale per la storia dell'assistenza.

Nel 1559, a Londra, la beneficenza attira un gran numero di vagabondi, furfanti, sbandati, oziosi, oltre che di poveri, storpi e malati.

I poveri vengono divisi in varie categorie, ciascuna soggetta ad un diverso trattamento: i fisicamente idonei vengono indirizzati verso il lavoro delle case-lavoro, ai minorenni viene trovato un lavoro per iniziare l'apprendistato, i malati e gli storpi vengono ricoverati ed accuditi a carico della parrocchia del distretto o della contea.

Le descrizioni storiografiche che possediamo raccontano la vita nelle case-lavoro come altrettanto dura di quelle delle prigioni. Questo modo di pensare l'assistenza ai poveri, o modalità molto simili,alla fine del Cinquecento sarà ormai pienamente condiviso in tutta Europa. Il terreno sarà pronto per l'ingresso di un nuovo modo di concepire l'assistenza. [2]

Il Concilio di Trento (1545-1563) affida ai vescovi ed alle chiese locali il compito di far applicare i principi della riforma della chiesa romana attraverso le disposizioni dei concili provinciali e, quindi, sinodali e la vigilanza pastorale sulla loro corretta esecuzione; estende soprattutto il potere dei vescovi nell'area assistenziale con lo scopo di porre fine alle speculazioni che sembrano dominare l'iniziativa assistenziale.
In questo periodo, gli ospedali, sono edifici modesti o prestigiosi, sorti per accogliere i malati, i pellegrini affaticati o colpiti da malattie contratte altrove, e per offrire ai diseredati un conforto di vitto e alloggio, sia pure entro i limiti di precarietà. Questi ospedali vengono edificati dopo la licenza speciale del vescovo. Senza tale licenza è vietato ai laici, sotto pena di scomunica, violare il diritto d'asilo degli ospedali, diritto che è riconosciuto alle chiese, ai cimiteri, alle case religiose, quando è invocato da chi vi si sia rifugiato, nonostante la gravità dei reati commessi.[2]

Giovanni di Dio, fondatore dei Fatebenefratelli, e Camillo de Lellis, fondatore dell'Ordine dei Ministri degli Infermi (Camilliani), sono due ex-malati, due umili infermi, prima di essere degli umili infermieri.
Entrambi attraversano l'esperienza della malattia, entrambi possono toccare con mano la situazione assistenziale degli ospedali dell'epoca, il tipo di servizio assistenziale offerto ai bisognosi, la considerazione sociale degli istituti di ricovero.
Per la prima volta si crede di poter utilizzare il termine *infermiere* con un certo grado di coscienza.
I riformatori dell'assistenza sono i primi a credere che l'assistenza, così come concepita, non basti più.
A tratti c'è bisogno di una specificazione nello stare vicino alla vita dell'uomo; serve un'assistenza specifica: l'*assistenza infermieristica.*
Giovanni di Dio e Camillo de Lellis, sono da considerarsi due dei capostipiti e iniziatori dell'assistenza infermieristica.
Giovanni di Dio, ex soldato di ventura, giocatore, vagabondo e quasi messo a morte con l'accusa di rapina, nel gennaio del 1539 rimane a tal punto colpito dalla predicazione aviliana da mutare completamente il comportamento di vita.

È lui che ha sperimentato, prima di ogni altro, il trattamento riservato in quel tempo ai malati di mente, a dettare nuove regole, quali la dietetica più appropriata, le modalità della degenza, la divisione in reparti, il letto singolo. Innovazioni per il tempo rivoluzionarie.
L'opera di Camillo de Lellis ha iniziato nella seconda metà del XVI secolo, quando sono già sorti gli ospedali maggiori ed anche i primi ospedali degli incurabili, ove vengono accolti specialmente i malati di sifilide, abbandonati dai familiari per paura del contagio.
Nel 1579 Camillo si reca proprio all'ospedale San Giacomo degli Incurabili in Roma per '*porsi al servizio dei malati per solo amor di Dio*'.
L'incuria riscontrata all'ospedale, in cui è ospite, fa sorgere al giovane Camillo, anche lui ex-avventuriero, attaccabrighe e giocatore, l'idea di fondare una congregazione di persone che si votassero, senza alcuna ricompensa e solo per spirito di carità, all'accadimento degli infermi.
Nel 1586 la congregazione chiamata Ministri degli Infermi, viene trasformata in ordine e comincia ad espandersi in tutta Italia e nel mondo.
Lo stesso Camillo detta una serie di indicazioni pratiche, soffermandosi sui rapporti da tenere coi medici, mettendo in evidenza la necessità di periodiche riunioni sui bisogni dei malati, osservando che gli infermieri sono servi dei malati e non di altri.[2]

L'aurora dell'assistenza infermieristica comincia a delinearsi definitivamente nel XIX secolo.
Gli ospedali continuano a vivere, o forse a sopravvivere, nelle condizioni a tutti note. Le pessime condizioni igieniche, l'altissima mortalità, il tipo di personale impiegato, il 'concetto di mortalità ospedaliero', sono particolari di una fotografia che tra pochi anni farà il giro dell'Europa.
La classe medica comincia a verificare alcune esperienze isolate, seppur significative, in grado di migliorare la situazione assistenziale degli ospedali. Spesso tra i promotori del passaggio dall'assistenza all'assistenza infermieristica troviamo alcuni medici che ritengono di non poter erogare il proprio contributo ai malati senza un nuovo tipo di assistente. Il pensiero medico tuttavia è particolare: desidera una donna infermiera, per un chiaro gioco dei ruoli, ma possibilmente asessuata.
Ciò sfocerà, a cavallo tra il XIX e il XX secolo, nel fenomeno 'angelizzazione' dell'assistenza infermieristica.

I fattori che hanno favorito la nascita dell'assistenza infermieristica: [2]

- Contributo positivista allo sviluppo della scienza
- Ruolo della chiesa
- Laicizzazione di concetto di povertà e dell'assistenza
- Influenza illuministica e rivoluzionaria sul governo statale
- Nascita di nuovi stati
- Necessità di creazione del concetto di 'cittadino'
- Visione della medicina
- Situazione degli ospedali
- Comunicazione tra i paesi europei
- Emergenze sociali dell'Ottocento
- Consapevolezza del corpus professionale
- Rinascita degli ordini religiosi

Già nel 1861 si era cominciato a parlare del suffragio femminile: così la figura della donna esplode, soprattutto a seguito, anche in Italia, del massiccio ingresso delle donne nelle fabbriche.
Grazie alla donna, in special modo quella operaia, vengono alla luce i mali sociali, così come registra l'inchiesta del Comitato centrale italiano per la pubblica moralità, ove si rileva la 'diffusa immoralità (delle donne), che torpiloquiano, bestemmiano, sono spudorate, sono irreligiose'.
Le donne delle classi medie e superiori si organizzano per proprio conto, lo fanno con obiettivi ed orientamenti assai diversi da quelli delle leghe femminili, ed assumono iniziative che presentano spesso il limite del filantropismo e della beneficenza.
Una di queste organizzazioni è 'l'Unione Femminile', di cui Anna Celli è una delle dirigenti della sezione romana. L'opinione corrente pensa, ancora in questo periodo, che la 'donna letterata è sinonimo di donna esaltata'.

Nel 1908 Anna Celli torna sull'argomento con un articolo e dice: 'Nessun'altra professione femminile richiede tanta abnegazione, tanti sacrifici, tanta rinnegazione della propria personalità come quella di infermiera...Eppure nessun'altra professione è così adatta per il carattere e l'indole della donna come questa in cui essa può esercitare quelle qualità che sono il forte del nostro sesso cioè la pazienza, la pietà, la carità.'

La Celli è un'infermiera tedesca diplomatasi alla scuola laica di Hamburg Heppendorf, che nel tempo ha scritto tantissimi articoli sul binomio donna-infermiera.

Quella dell'infermiera è considerata dai movimenti femminili *'una professione molto nobile'* in grado di offrire una collocazione lavorativa rispondente alle naturali caratteristiche delle donne.

Le condizioni sociali e culturali delle donne italiane sono però, nel complesso, arretrate.

In questo periodo si accentua la discriminazione nei confronti delle donne, in un clima di esaltazione della forza.[5]

La divisione dei ruolo tra uomo e donna si fa più rigida; l'ideologia che esalta la funzione materna della donna serve, fra l'altro, per espellere dall'attività lavorativa molti elementi femminili: ciò allo scopo di contenere la disoccupazione e di garantire la presenza nelle case di qualcuno che svolga gratuitamente una serie di servizi indispensabili.

È in questo clima culturale che viene istituita con legge dello stato una scuola per infermiere riconosciuta, esclusivamente femminile: 'Facoltà della istituzione delle scuole convitto professionali per infermiere e di scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici'.

Il Regolamento di esecuzione verrà emanato con il Regio Decreto 21 novembre 1929.

È palese la sparizione, nel modo di pensare l'assistenza infermieristica, della figura maschile che continuerà ad occuparsi di assistenza.

Ormai, l'assistenza degli ammalati maschi e femmine è affidata di norma ad infermiere.

Le assunzioni di quest' ultime, da parte dei capitoli ospedalieri, prevedono requisiti che indicano un preciso status professionale:

- dar prova di saper leggere, scrivere e far le prime quattro operazioni di matematica;
- non aver oltrepassato i ventiquattro anni di età, ma tale requisito non riguarda la vice-capo e la capo-infermiera;
- essere nubili o vedove senza prole e conservarsi tali.

Quest'ultimo requisito non è distante dal pensiero espresso dalla Celli, nel 1908 che, testualmente, scrive: 'Assistere i malati richiede tutti i nostri pensieri e tutto il nostro cuore. Può una donna ai suoi doveri di madre unire quelli di una buona infermiera?...Non chiediamo troppo. Non chiediamo che le giovani che si vogliono dedicare a questa carriera ci diano tutta la vita. No, alcuni anni soltanto...Quelle che si affezioneranno, rimarranno fedeli alla professione, altre si sposeranno... E come prima si sono dedicate ai loro ammalati, si dedicheranno poi alle loro famiglie'.

Evidentemente, si pensa che le infermiere maritate non possano erogare un buon servizio. In questi primi anni del secolo, soprattutto la classe medica, desidera una particolare donna infermiera.

È necessario, per una piena riabilitazione della donna nel campo dell'assistenza infermieristica, far morire definitivamente la femminilità ed il potere misterioso che questo comporta.

La donna viene quindi 'angelicata', pur rimanendo laica, diventando modello assoluto di abnegazione ed applicazione al prossimo; non ha altro interesse che il malato.

La letteratura e la filmografia italiana dei primi trent'anni del XX secolo, propongono un modello di infermiera che è donna ma non è femmina.[2]

1.2 Florence Nightingale ed altre teoriche del nursing

Florence Nightingale appartiene ad una famiglia inglese ricchissima e, grazie agli insegnamenti del padre ed al suo impegno, ottiene un'istruzione completa. Successivamente studia i primi rapporti riguardanti la salute pubblica inglese e si specializza in questo campo dato l'interesse suscitato dalla sua prima esperienza nella cura degli ammalati all'ospedale di Salisbury nel 1844.

La forte connotazione religiosa della Nightingale la porta alla convinzione '*che il modo migliore per servire Dio è dedicarsi al servizio dell'umanità*.'

Fonda la concezione della moderna assistenza infermieristica sottolineando come, per assistere gli ammalati, è indispensabile possedere conoscenze che derivano anche dell'esperienza e che sono distinte da quelle mediche.

Il pensiero di Florence Nightingale deriva dalla cultura sanitaria ottocentesca: 'l'assistenza infermieristica è l'uso adeguato dell'aria fresca, della luce, della pulizia, del calore, della tranquillità e della giusta scelta nella somministrazione della dieta, il tutto con la minor spesa di energia da parte dell'ammalato.' [2]

Un'altra caratteristica dell'idea che la Nightingale aveva di assistenza e che è tutt'ora uno dei punti cardine della professione infermieristica, formalizzato nei codici deontologici e anche in quello approvato nel 1953 dal Consiglio internazionale delle Infermiere, è il diritto che ogni malato ha di essere assistito qualsiasi credo religioso professi e a qualsiasi gruppo etnico appartenga.

Nella primavera del 1853 la Nightingale cominciò a visitare ospedali ed a raccogliere una documentazione sulla quale impostare un generale miglioramento delle condizioni delle infermiere d'ospedale.

Florence si era resa conto che non essendoci infermieri 'rispettabili' bisognava creare una scuola capace di produrne.

Il suo primo compito le sembrava quello di preparare un nuovo tipo di infermiera della quale ci si potesse fidare e provvista di nozioni necessarie alla sua professione: solo così l'opinione pubblica sarebbe cambiata e si sarebbe potuto contemporaneamente formulare un progetto per migliorare le condizioni delle infermiere.

L'occasione venne fornita alla Nightingale dallo scoppio della guerra contro la Russia, nel 1854. Le vicissitudini dell'esercito britannico in Crimea sono tristemente note così come l'opera di Florence negli ospedali militari. Mancava il personale preparato per soccorrere i feriti.

Il reclutamento delle infermiere fu una delle imprese più difficili contrariamente all'immagine creata di quel gruppo di donne che veniva chiamato 'banda degli angeli'.

Il progetto della Nightingale per l'apertura delle scuole trovò forti opposizioni da parte di molti medici, convinti che istruire le infermiere avrebbe avuto solo l'effetto di farle entrare nel 'dominio' riservato ai medici.

Lo scopo che Florence si prefiggeva aprendo la scuola era quello di creare infermiere che fossero poi in grado di 'ammaestrarne' altre.

Il 24 giugno 1860 fu aperta la Scuola Nightingale. Il corso aveva la durata, per quei tempi incredibile, di un anno e le allieve dovevano vivere in una 'Casa' dell'infermiera.

L'aspetto decisivo riguardante la formazione secondo il modello Nightingale era la severità della disciplina imposta alle allieve.

Esse frequentavano lezioni giornaliere tenute dai medici e dalle capo-reparto, dovevano prendere appunti, essere sempre pronte a mostrare i loro quaderni ed a sostenere esami orali e scritti. La Nightingale riuscì nel suo intento: unire alla forte motivazione religiosa la volontà di creare una professione moralmente elevata e come tale socialmente riconosciuta.[3].

Un esempio significativo di quanto fosse essenziale per lei assumere decisioni supportate da fondamenti scientifici è rappresentato dai suoi studi epidemiologici sui reparti di Ostetricia.

I risultati di questi studi, evidenziando un tasso di mortalità maggiore per le partorienti in ospedale rispetto alle donne che partorivano in casa, determinarono la chiusura di questi reparti.

Anche gli studi sulla mortalità infantile delle popolazioni aborigene nelle colonie britanniche impegnarono a lungo la studiosa, che mal sopportava l'idea che questi bambini dovessero morire con una frequenza doppia rispetto a quelli di pari età che vivevano in Inghilterra.

Il suo lavoro di statistica medica era stato così impressionante che nel 1858 fu eletta membro della celebre 'Statistical Society of England'.

I primi tentativi di fornire assistenza infermieristica qualificata furono realizzati nel 1865 negli hospice di Liverpool, grazie ai finanziamenti di un filantropo cristiano, William Rathbone, sotto la guida di Nightingale stessa e la sovrintendenza del St Thomas' Hospital.
Si cercò di dimostrare scientificamente che il nursing qualificato poteva salvare vite umane: furono confrontati i tassi di mortalità tra i reparti in cui erano state introdotte infermiere e reparti privi di assistenza infermieristica qualificata. Lo studio non rivelò differenze significative tra la mortalità nei due gruppi, ma fu duramente criticato da Nightingale, secondo la quale l'assegnazione dei casi non era stata affatto casuale, ma nei reparti dove lavoravano le infermiere erano stati ricoverati i pazienti più gravi.
La leadership di Nightingale deriva fondamentalmente dalle sue conoscenze. È soprattutto attraverso l'uso della statistica che ha ottenuto grandi risultati: il modo di costruire gli ospedali, di organizzare i reparti di ostetricia, di gestire le caserme era cambiato grazie a lei ed al suo amore per il ragionamento, alla sua capacità di mettere in discussione le ipotesi e di porre grande attenzione al processo di raggiungimento delle conclusioni.
Tornata dalla Crimea ed accolta in patria come eroina nazionale, Nightingale trascorse i successivi 40 anni della sua vita a fornire consulenze ai governi di mezzo mondo, tra cui India e Stati Uniti, su come dovevano essere costruiti gli ospedali ed organizzati i servizi assistenziali, soprattutto quelli infermieristici. Nella convinzione che il nursing fosse un mezzo, il migliore, per salvare vite umane, nonostante la maggior parte del mondo medico di allora lo giudicasse inutile, Nightingale attribuì grande importanza alla formazione infermieristica: nel giro di qualche anno gli ospedali di tutti i continenti avrebbero chiesto che le infermiere Nightingale aprissero nuove scuole.[4]

Ernestine Wiedenbach (1900-1998)
Definisce il nursing come un servizio di aiuto reso con abilità, gentilezza, compassione e saggezza, che può essere acquisita attraverso esperienze dense di significato.
La sensibilità porta l'infermiere alla consapevolezza e alla percezione di fattori impercettibili che possono però significare un problema potenziale o reale.
Caratteristiche professionali dell'infermiere sono chiarezza dello scopo; maestria, cioè abilità e conoscenza necessarie per raggiungere lo scopo; capacità di stabilire e mantenere relazioni di lavoro con gli altri; interesse per il progresso della propria disciplina;

dedizione al bene dell'umanità.

La teoria della Wiedenbach ha il merito di essere prescrittiva.

Nell'infermieristica vengono identificate: la *finalità centrale*, l'essenza di una determinata disciplina (ciò che l'infermiera desidera raggiungere per mezzo delle sue azioni, è lo scopo generale verso il quale essa tende con costanza: rappresenta la sua ragione di essere e di agire); la *prescrizione* che serve per realizzare la finalità o scopo centrale; si tratta in pratica, di un piano di assistenza; la *realtà della situazione contingente* che influenza il compimento dello scopo centrale e dipende da cinque fattori: l'agente; il fruitore; lo scopo, cioè il risultato atteso dall'infermiera, i mezzi, vale a dire le abilità, le procedure, le tecniche e le attrezzature che l'infermiera usa per raggiungere lo scopo; la struttura, che costituisce il *setting* dell'attività infermieristica, che ne condizionano lo svolgimento. Il concetto di aiuto infermieristico sfrutta tre principi: il *principio dell'incoerenza/coerenza*, tramite il quale l'infermiera identifica nel paziente comportamenti non attesi, che la orientano a individuare le aree in cui la persona abbisogna di aiuto; il *principio dell'utile perseveranza*, ovvero l'infermiera deve sforzarsi di aiutare la persona bisognosa di assistenza nonostante le difficoltà che incontra; *il principio dell'autoestensione*, tramite il quale l'infermiera identifica e accetta i limiti personali e della situazione contingente. Per superarli può chiedere aiuto agli altri.

Martha Elizabeth Rogers (1914-1994)

Ha elaborato, seguendo gli studi di fisica e di teoria dei sistemi, un modello di difficile applicazione che ha posto le basi di concetti che saranno poi ripresi dal nursing moderno: *campi di energia*, sono campi elettromagnetici che si estendono al di fuori dell'uomo e interagiscono con l'esterno (Campo dell'Uomo e Campo dell'Ambiente); *uomo come sistema aperto*, viene identificato con ogni essere vivente, il quale scambia in continuazione materia ed energia con l'ambiente; *pattern* (modello), definito come il processo vitale che rappresenta l'espressione dell'evoluzione ritmica del campo lungo un asse longitudinale a spirale, delineato nella matrice quadrimensionale spazio-tempo; ed infine *pluridimensionalità,* definito come un 'dominio non lineare senza attributi spaziali o temporali'.

Callista Roy (1939)

Lo scopo del nursing è il sostegno alla persona nel potenziare la risposta di adattamento in relazione alle quattro modalità di adattamento: fisiologica, di ruolo, riguardo al concetto di sé, nell'interdipendenza.

Il livello di adattamento della persona è determinato da stimoli:

- focali (impatto per produrre il cambiamento);
- contestuali (capaci di influenzare la situazione e che sono osservabili, misurabili o riportati soggettivamente);
- residuali (costituiscono le caratteristiche della persona, presenti nella situazione e significativi, ma che sfuggono alla valutazione obiettiva).

Suor Callista Roy fu la prima a parlare del processo infermieristico in termini di accertamento, diagnosi, determinazione degli scopi, pianificazione e valutazione dei risultati.

Marisa Cantarelli (1930)

Ha teorizzato il modello delle prestazioni infermieristiche: bisogno di respirare; bisogno di alimentarsi e idratarsi; bisogno di eliminazione urinaria e intestinale; bisogno di igiene; bisogno di movimento; bisogno di riposo e sonno; bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatorie; bisogno di un ambiente sicuro; bisogno di interazione nella comunicazione; bisogno di procedure terapeutiche; bisogno di procedure diagnostiche.

A questa maestra italiana un grande elogio per l'impegno teorico svolto.

Marjory Gordon (1911-2015)

Con i suoi modelli funzionali della salute, ovvero gli strumenti di classificazione NANDA (Associazione infermieristica del Nord America), NIC (Interventi) e NOC (*Outcome*), costituisce ora il cardine teorico e procedurale di più ampio raggio, stabilendo oltre alla correttezza metodologica del ragionamento diagnostico infermieristico anche la tempistica prestazionale.

La Gordon ritiene che tutti gli esseri umani abbiano in comune modelli funzionali che concorrono alla loro salute, alla qualità della loro vita e alla realizzazione del potenziale umano.

Un 'modello' come tale non è immediatamente percepibile, ma si può indagare su di esso fino ad arrivare ad una visione complessiva dei comportamenti che la persona mette in atto, proprio relazionandosi con l'assistito o con il caregiver.

I modelli funzionali identificati permettono la raccolta delle informazioni (accertamento infermieristico), attraverso le quali gli infermieri indagano sui modelli comportamentali che contribuiscono (punti di forza del paziente) a determinare lo stato di salute, la qualità della vita e la realizzazione del potenziale umano per poterne valutare l'appropriatezza o l'inadeguatezza.

L'assistenza infermieristica ha luogo là dove emerge una disfunzione nel modello di riferimento (diagnosi infermieristica).

La Gordon prevedeva 11 modelli funzionali: percezione e gestione della salute, nutrizione e metabolismo, eliminazione, attività ed esercizio fisico, riposo e sonno, cognitivo-percettivo, percezione e concetto di sé,

ruolo e relazione, sessualità e riproduzione, coping e tolleranza allo stress, valori e convinzioni.

Lynda Juall Carpenito (1897-1996)

Dall'evoluzione degli approfondimenti di Gordon sono scaturiti il modello bifocale della Carpenito con l'individuazione delle diagnosi espressamente infermieristiche e di quelle dei problemi collaborativi con altri professionisti, (che per gli infermieri risultano essere potenziali complicanze per l'assistito), e l'approfondimento di tutta la diagnostica infermieristica da parte di gruppi di studio internazionali facenti capo a NANDA, un sistema tassonomico che permette la formulazione di 244 diagnosi suddivise in 13 domini e 47 classi.

I 13 domini sono un' ulteriore specificazione degli 11 modelli funzionali della Gordon.

Essi sono: promozione della salute, nutrizione e metabolismo, eliminazione e scambi, attività e riposo, percezione e cognizione, autopercezione, ruoli e relazioni, sessualità e riproduzione, coping e tolleranza allo stress, principi di vita, sicurezza e protezione, benessere, crescita e sviluppo.

Le situazione cliniche nelle quali l'infermiere interviene sono state organizzate dalla Carpenito in cinque ampie categorie: *fisiopatologiche* (es. IMA, ustioni, personalità borderline,ecc.); *correlate a trattamenti* (es. dialisi); *personali* (es. avvicinamento alla morte, divorzio, trasferimento, ecc.); *ambientali* (es. scala senza scorrimano, luogo di lavoro a rischio, ecc.); *correlate a fasi maturative* (es. invecchiamento, ruolo genitoriale, bullismo, ecc.). [15]

Nella tabella numero 1 sono rappresentate in sintesi alcune delle teoriche che hanno contribuito allo sviluppo del nursing, con associata la visione di ognuna sul metaparadigma.

Tabella n.1

TEORICHE	METAPARADIGMA
Florence Nightingale	**Teoria ambientale:** • **aerazione adeguata** • **illuminazione adeguata** • **calore sufficiente** • **controllo degli effluvi** • **controllo del rumore**
Ernestine Wiedenbach	**Teoria prescrittiva:** • **finalità centrale** • **prescrizione** • **realtà della situazione contingente**
Martha Elizabeth Rogers	**Teoria dell'uomo-fulcro:** • **campi di energia** • **uomo come sistema aperto** • **pattern (modello)** • **pluridimensionalità**

Callista Roy	**Teoria dell'adattamento:** • **fisiologico** • **di ruolo** • **riguardo il concetto si sè** • **nell'interdipendenza**
Marisa Cantarelli	**Teoria dei bisogni:** • **bisogno di respirare** • **bisogno di alimentarsi ed idratarsi** • **bisogno di eliminazione** • **bisogno di igiene** • **bisogno di movimento** • **bisogno di riposo e sonno** • **bisogno di mantenere le funzioni cardiocircolatorie** • **bisogno di un ambiente sicuro** • **bisogno di interazione nella comunicazione** • **bisogno di procedure terapeutiche** • **bisogno di procedure diagnostiche**
Marjory Gordon	**Classificazione delle diagnosi infermieristiche secondo gli 11 modelli funzionali della salute:** • **modello di percezione-gestione della salute** • **modello nutrizionale-metabolico** • **modello di eliminazione** • **modello di attività-esercizio fisico** • **modello di riposo-sonno**

	• **modello cognitivo-percettivo** • **modello di percezione di sè-concetto di sè** • **modello di ruolo-relazione** • **modello di sessualità-riproduzione** • **modello di coping-tolleranza allo stress** • **modello di valori-convinzioni**
Lynda Juall Carpenito	**<u>Teoria correlata ai risultati</u>** **(modello bifocale):** • **situazioni fisiopatologiche** • **situazioni correlate a trattamenti** • **situazioni personali** • **situazioni ambientali** • **situazioni correlate a fasi maturative**

1.3 Nascita delle scuole convitto

Nel 1896 viene fondata a Napoli da Miss Grace Baxter la scuola per infermiere della 'Croce Azzurra'; la prima aperta in Italia secondo il sistema Nightingale di formazione infermieristica.[6]

Il corso di studi dura due anni, ma le iscrizioni, che si rivolgono alla borghesia, non sono molte e la partenza avviene tra molte difficoltà poiché non è sicuro per le allieve andare a prestare tirocinio in corsia.

Le allieve entrano in servizio alle 8:00 del mattino; lavorano in reparto e prendono parte alla visita dei medici fino alle 11:00, quando arriva il momento della lezione dopo la quale ritornano in reparto e, tra le 14:00 e le 15:00 le allieve tornano a casa. Esse rilevano temperatura, polso e respiro, riordinano i pazienti costretti a letto, li lavano e li pettinano, cateterizzano e fanno irrigazioni, preparano per gli interventi chirurgici e le emergenze mediche, assistono alle operazioni, somministrano i farmaci e fanno iniezioni.

Anna Celli, grazie al prestigio sociale che il matrimonio le ha portato, viene incaricata dal ministero dell'interno di una indagine collaterale al primo censimento del 1901; i risultati di tale ricerca evidenziano una cultura assolutamente insufficiente del personale impiegato nei servizi infermieristici e le ragioni che devono far preferire il personale laico nella pratica dell'assistenza infermieristica.

Celli comincia a tenere, a Roma, dei corsi sull'assistenza infermieristica ai malati, nel 1901; questi corsi sono frequentati da giovani ragazze di buona famiglia e consistono in lezioni bisettimanali accompagnate da tirocinio. Inoltre, Anna, afferma che il lavoro di infermiera deve essere svolto solo da donne, perché per natura sono più caritatevoli, più pazienti, più dolci degli uomini; sono fatte per assistere gli uomini, devono appartenere al ceto medio-borghese ed essere, come affermato, nubili.[2]

La forte personalità di Anna Celli, il suo coinvolgimento attivo nei problemi sociali, la sua dedizione appassionata al suo lavoro, il suo peculiare modo di essere femminista, hanno espresso pienamente il suo impegno nella lotta contro la malaria e l'analfabetismo nell'Agro Romano e nelle Paludi Pontine all'inizio del XX secolo.

Deve essere riconosciuta come una forza importante nella creazione e nel funzionamento delle scuole contadine, nonché nell'organizzazione delle cliniche sanitarie antimalariche sperimentali. Dopo la morte di suo marito nel 1914, continuò come promotrice della campagna antimalarica, collaborando con la Croce Rossa e altre istituzioni.

È stata anche una prolifica scrittrice e docente e ha ottenuto un apprezzamento diffuso sia in Italia che in Germania. Verso la fine della sua vita si ritirò in una casa di cura a Roma dove morì quasi sola nel 1958. [7]

Questo periodo, durante e dopo la grande guerra, ha contribuito a rendere popolare l'immagine dell'infermiera ed a migliorare il sistema formativo nascente.

I libri di testo sono spesso scritti da medici o da persone legate alla Croce Rossa; ogni pubblicazione si apre con la precisazione dei diritti e doveri dell'infermiera.

L'infermiera perfetta ha: '*necessità di una buona istruzione tecnica e teorica.*

L'assistenza agli infermi non è un mestiere, ma una missione, nobile e benefica.

Per esercitarla con profitto occorrono qualità fisiche e morali.

Le qualità fisiche riguardano tanto rispetto a se stessa, quanto agli ammalati che deve assistere. Per riguardo ad essa ella deve essere di robusta costituzione sia per le fatiche alle quali andrà soggetta, sia perché non abbia in sé quelle particolari predisposizioni che preparano l'attecchimento delle malattie contagiose, specie la tubercolosi: quindi polmoni sani, cuore sano, nervi a posto ed equilibrio mentale.

Le qualità morali riguardano anzitutto la bontà: non bisogna dimenticare mai che colui che assiste è un sofferente; la bontà non deve però essere sinonimo di debolezza, ma deve arrivare sino allo spirito di sacrificio.

L'intelligenza è un'altra qualità morale indispensabile: l'infermiera deve essere vigile, attenta, modesta. L'infermiera parli poco, osservi molto: sia ordinata, sollecitata senza fretta, disciplinata.'

Al termine del conflitto si avverte quindi l'esigenza di riordinare il settore sanitario, che si è dimostrato inefficiente; non solo quello ospedaliero, ma anche territoriale.[8]

Nel frattempo, nel 1946 nasce la Consociazione Nazionale Infermieri e altri Operatori Sanitario-Sociali e viene ammessa al Consiglio Internazionale delle Infermiere, cosa che avverrà nel congresso di Stoccolma nel 1949.
Viene affermata la nascita del Collegio Infermieri Professionali, Assistenti Sanitarie e Visitatrici e Vigilatrici di Infanzia, il 29 ottobre 1954.
La nascita dell'ordine professionale rappresenta un momento fondamentale nel cammino di professionalizzazione: è il momento in cui la collettività riconosce un'occupazione quale *professione intellettuale.*[2].
Da questo momento in poi i Collegi e la Federazione Ipasvi avranno un continuo sviluppo, registrando tutte le tappe della crescita e dei cambiamenti che hanno visto protagonista la professione infermieristica.
Un primo passo importante fu convincere le infermiere, le assistenti sanitarie visitatrici e le vigilatrici d'infanzia, religiose e laiche, ad iscriversi negli Albi professionali: i dati registrati nel 1959, in occasione del Censimento nazionale degli esercenti le professioni sanitarie, mostrano i buoni risultati raggiunti, ma segnalano anche il perdurare di alcune difficoltà.[9]

1.4 la figura maschile ed il mansionario

'Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale': recita così la legge n. 124 del 25 febbraio 1971, con la quale si sancisce una vera rivoluzione nel mondo infermieristico. La storia della professione era stata fino a questo momento esclusivo appannaggio delle donne.
Il lavoro infermieristico, visto come 'ausiliario' e 'vocazionale', era giudicato particolarmente adatto alle donne e soprattutto alle religiose, che furono per molti anni la maggior parte del corpo infermieristico.
Una situazione che produceva, come conseguenza forse non voluta, la curiosa 'anticipazione' di un protagonismo femminile anche in ruoli di vertice. Lo sviluppo della società porta progressivamente ad una radicale trasformazione del ruolo delle infermiere, che acquistano sempre più competenza ed autonomia professionale.
Dunque, anche per ragioni di equità sociale, la professione non può più essere preclusa agli uomini, ai quali oltretutto era invece già consentita la funzione di infermiere generico.

L'immissione degli uomini nei ruoli professionali produrrà anche un'accelerazione del cambiamento dei percorsi formativi, a cominciare dai Convitti che dovranno derogare all'internato per i nuovi allievi.
L'Italia recepisce l'Accordo europeo sull'istruzione e formazione degli infermieri professionali e per uniformarsi alle indicazioni europee, che prevedono 4600 ore di insegnamento, nel 1973, saranno elaborati nuovi programmi di studio e la durata dei corsi passerà da due a tre anni.
L'obiettivo è quello di far crescere la qualità della formazione.
A definire poi il campo delle attività e le competenze degli infermieri nel 1974 interviene il cosiddetto 'mansionario', che modifica le precedenti norme di regolamentazione della professione risalenti al lontano 1940.
Nel complesso il 'nuovo' mansionario viene accolto con favore dagli organismi di rappresentanza della professione che, pur sottolineandone alcune contraddizioni, al momento dell'emanazione lo considerano una tappa importante del processo evolutivo dell'assistenza infermieristica.

Il testo tende a stabilire un diverso approccio con l'assistito, non più visto solo come un malato con dei problemi clinici, ma come una persona che esprime bisogni psichici, fisici e sociali.
In questa logica diventano fondamentali gli aspetti relazionali dell'attività infermieristica, che viene valorizzata nelle sue funzioni, come evidenzia la stessa terminologia che viene usata: ad esempio, il termine 'eseguire', presente nel dettato normativo precedente, viene quasi sempre corretto con 'programmare' e 'promuovere' … iniziative; inoltre viene introdotto il termine 'coordinare' e soppresso 'dipendere'.
Il mansionario estende il campo di attività infermieristica dall'ospedale ai servizi di sanità pubblica e abbraccia i settori della prevenzione, della cura, della riabilitazione e dell'assistenza sanitaria.
Viene riconosciuto anche il ruolo didattico dell'infermiere in rapporto all'assistito e alle famiglie, ma anche nei confronti di altri operatori e degli allievi.

In sintesi, l'infermiere acquista una propria caratterizzazione professionale più adeguata ai tempi, a cui corrispondono il riconoscimento di una certa autonomia operativa e precise responsabilità relative alle attività individuate dal legislatore come specifiche:
un elenco destinato, comunque, ad invecchiare ben presto nell'impatto con le trasformazioni indotte dal progresso scientifico e tecnologico.[9]

1.5 I diplomi universitari

Sono circa mille i primi studenti che nell'anno accademico 1992/93 varcano le soglie dell'Università per frequentare i corsi di diploma universitario per infermiere. L'ingresso della formazione nell'Università è il punto d'arrivo di un decennio di battaglie portate avanti da tutta la professione per adeguare i percorsi formativi al ruolo di grande responsabilità svolto dagli infermieri in ogni struttura del sistema sanitario italiano e per entrare a pieno titolo in Europa.
Questa esigenza si integra perfettamente con il complessivo disegno di riforma dell'Università, varato nel 1990, che istituisce anche nel nostro Paese le 'lauree brevi'.
Alla fine del 1992 viene emanato il Dlgs 502 (poi 517) che, oltre a definire le competenze dell'Università, delle Regioni e delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale in materia di formazione infermieristica, stabilisce come requisito per l'accesso alle scuole a ai corsi il possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado di durata quinquennale. La nuova norma si prefigge di salvaguardare il patrimonio di esperienza didattica delle precedenti Scuole, prevedendo l'accreditamento delle sedi idonee con l'Università. Nel 1996/97 il periodo di transizione al nuovo sistema formativo si conclude con il passaggio definitivo di tutta la formazione di base in ambito universitario.
Sul diploma, accanto alla firma del Responsabile del corso, figura ora quella del Rettore dell'Università.[9]

2.1 Evoluzione storica, normativa e deontologica: l'infermiere di oggi

Nel 1959 il Comitato centrale della Federazione Ipasvi comincia a discutere della necessità di mettere a punto un Codice Deontologico infermieristico, che indichi le coordinate etiche in relazione alle quali operano le appartenenti alla professione.
Il primo Codice Deontologico delle infermiere italiane sarà pronto l'anno successivo, nel 1960. Una conquista importante che rappresenta un passo avanti nella costruzione dell'identità professionale, soprattutto nel rapporto con le altre professioni sanitarie.
Ma qualche anno dopo si avvertirà l'esigenza di rivedere quel testo con lo scopo di eliminare ciò che in esso era troppo 'legato al tempo, ad elementi storici e sociali transitori'. Si tratta, in sostanza, di togliere riferimenti troppo antiquati, stridenti con una nuova leva infermieristica che non è certo estranea ai fermenti sociali che in quegli anni attraversano non solo il nostro Paese, ma il mondo intero.
In seguito, il Codice Deontologico del 1977 è un testo sintetico, asciutto.
Tratta del profilo di una professionista che non rinuncia alla dimensione umana dell'assistenza, ma la arricchisce in una prospettiva sociale, coniugandola con un'affermazione di dignità della categoria che spazia dalle difese sindacali alla necessità dell'aggiornamento tecnico-scientifico.
Questo Codice resterà in uso per molti anni, senza che si ponga nuovamente l'esigenza di rinnovarlo, probabilmente proprio grazie alla caratteristica di estrema sintesi della formulazione.[9]

Dopo una manifestazione a Roma che chiedeva più attenzione per il sistema sanitario pubblico e interventi per una migliore qualificazione delle professioni sanitarie, ovvero i nuovi profili professionali sui quali si discuteva da tempo ma che tardavano ad arrivare, nel 1994 l'allora ministro della Sanità Raffaele Costa firmò il decreto ministeriale che definiva ruolo e funzioni degli infermieri professionali.
Il profilo professionale è la pietra miliare nel processo di professionalizzazione dell'attività infermieristica e riconosce l'infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica, precisa la natura dei suoi interventi, gli ambiti operativi, la metodologia del lavoro,

le interrelazioni con gli altri operatori, gli ambiti professionali di approfondimento culturale e operativo, le cinque aree della formazione specialistica (sanità pubblica, area pediatrica, salute mentale/psichiatria, geriatria, area critica).
Il profilo è quello di un professionista intellettuale, competente, autonomo e responsabile. L'attivazione del profilo si presenta come il banco di prova per verificare la compliance tra le aspirazioni e le potenzialità degli infermieri, che sono chiamati ad assumere – anche formalmente – la responsabilità di gestire autonomamente il processo assistenziale, dal momento decisionale a quello attuativo, valutativo e di confronto.
Qualche anno dopo, nel 1999 si arriva ad una riscrittura del Codice Deontologico infermieristico. Obiettivo del nuovo Codice è quello di indicare le caratteristiche della missione infermieristica.[9]

2.2 Il titolo di studio

A fissare gli ultimi tasselli al percorso di riordino della professione è la legge 251/2000 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica).
Questa legge stabilisce che gli infermieri in possesso dei titoli di studio rilasciati con i precedenti ordinamenti possono accedere alla laurea di secondo livello in Scienze infermieristiche.
Ma l'importanza della 251 consiste soprattutto nel riconoscimento 'formale' della dirigenza: per gli infermieri si aprono così le porte per l'accesso alla nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario.
In attesa dell'entrata a regime della specifica disciplina concorsuale, disposizioni transitorie stabiliscono che le Aziende sanitarie possono comunque procedere all'attribuzione degli incarichi di dirigente dei Servizi dell'assistenza infermieristica e ostetrica 'attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di requisiti di esperienza e qualificazione professionale predeterminati'. A tali figure sono attribuite la responsabilità e la gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni, nonché la revisione dell'organizzazione del lavoro incentivando modelli di assistenza personalizzata.

I decreti del 2 aprile del 2001 sulla determinazione delle classi di laurea delle professioni sanitarie si inquadrano nel generale processo di riforma dell'Università, che va avanti per armonizzarsi con lo scenario europeo: i corsi di diploma universitario per infermiere si trasformano così in laurea triennale e viene prevista la laurea specialistica nelle Scienze infermieristiche e ostetriche.

Il 2002 si apre con l'emanazione di una legge che riguarda gli infermieri, la n. 1 dell'8 gennaio (Conversione in legge, con modificazioni del decreto legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario). Il provvedimento, nato sulla spinta dell'emergenza infermieristica, in realtà fissa alcuni principi di carattere più generale:

- riconosce agli infermieri dipendenti del Ssn la possibilità di svolgere attività libero-professionale all'interno delle strutture della loro Amministrazione per garantire attraverso 'prestazioni aggiuntive … gli standard assistenziali nei reparti di degenza e l'attività delle sale operatorie';
- prevede la possibilità di riammettere in servizio infermieri che abbiano volontariamente risolto il rapporto di lavoro, stipulando contratti a tempo determinato;
- definisce le funzioni dell'operatore socio-sanitario, ribadendo che esso svolge le sue attività 'conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione';
- valorizza la formazione complementare e attribuisce valore di titolo valutabile ai fini della carriera ai Master e agli altri corsi post base.

Conseguentemente, nell'anno accademico 2004-2005 la Laurea specialistica diventa finalmente una realtà concreta e i corsi partono in 15 Atenei italiani.

Un obiettivo che la Federazione e i Collegi Ipasvi hanno perseguito con tenacia, con il fine di offrire agli infermieri la possibilità di intraprendere percorsi formativi sempre più articolati e diversificati, che li rendano protagonisti attivi e competenti di un mondo sanitario in continuo sviluppo.

La Laurea specialistica (o magistrale) non è una tappa formativa obbligatoria, ma un'opportunità per gli infermieri che intendano acquisire il livello professionale necessario ad esercitare specifiche funzioni nell'area clinico-assistenziale avanzata, nella gestione, nella formazione e nella ricerca.
Infine, nel 2006 partono i primi dottorati in Scienze infermieristiche.[9]

2.3 Nuovo Codice Deontologico

Nell'arco di un decennio, la professione, ha acquisito un'identità finalmente netta e definita nei suoi contorni: l'infermiere *non è più 'l'operatore sanitario'* dotato di un diploma abilitante, *ma 'il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica'*.
Un professionista che, in quanto tale e anche nella sua individualità, assiste la persona e la collettività attraverso l'atto infermieristico inteso come il complesso dei saperi, delle prerogative, delle attività, delle competenze e delle responsabilità dell'infermiere in tutti gli ambiti professionali e nelle diverse situazioni assistenziali.
Da questa significativa svolta ha origine il 'nuovo' rapporto infermiere-persona/assistito recepito dal Codice Deontologico dell'infermiere 2009.[9]
I concetti chiave dal punto di vista deontologico che rappresentano il nuovo binario della deontologia si può articolare in un decalogo:

- L'infermiere è agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita.
- Il tempo di relazione (dell'infermiere) è tempo di cura.
- L'infermiere riconosce che la contenzione non è un atto terapeutico.
- L'infermiere non si sostituisce da altre figure professionali.
- L'infermiere ha una posizione di protezione nei confronti del cittadino assistito.
- L'infermiere presta particolare attenzione alla cura del dolore e al fine vita.
- L'infermiere ha libertà di coscienza.
- L'infermiere utilizza mezi informatici e social media, per comunicare in modo scientifico ed etico, ricercando il dialogo ed il confronto.
- L'infermiere cura la propria persona e il decoro personale.

- L'infermiere non svolge attività di natura cosulenziale e peritale se non è in affettivo possesso delle specifiche competenze.[10]

2.4 Il Collegio diventa Ordine

Con la legge 11 gennaio 2018 (Legge Lorenzin), entrata in vigore il 15 febbraio dello stesso anno, viene istituita la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI).
A livello provinciale/interprovinciale operano gli Ordini professioni infermieristiche (OPI) che accolgono solo le categorie degli infermieri e degli infermieri pediatrici.
Gli assistenti sanitari sono scorporati ed entrano nella Federazione Nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.
E' un passaggio importante in quanto il Collegio era un semplice ente ausiliario dello Stato, mentre l'Ordine opera come ente sussidiario dello Stato e può quindi svolgere compiti amministrativi in luogo e per conto dello Stato.[9]
In questa veste ad esempio la legge stabilisce che vigilino sugli iscritti agli albi – e l'iscrizione è obbligatoria a qualunque titolo la professione sia svolta - in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività professionale, compresa quella societaria, irrogando direttamente sanzioni disciplinari secondo la volontarietà della condotta, la gravità e nel caso il fatto di aver ripetuto l'illecito.

Cambia il codice penale: aumentano pesantemente le sanzioni per gli abusivi a tutela della professione e dei cittadini e per la responsabilità professionale si confermano le norme della legge Gelli (legge 24/2017).[11]
Questa non è una legge sulla responsabilità medica, ma riguarda tutti gli esercenti la professione sanitaria.
La legge tutela, in un solo momento, sia il professionista sanitario che il cittadino, attraverso assicurazioni meno onerose per i primi e maggiori garanzie per i secondi.

Centrale poi il tema della formazione continua: è un segno di civiltà: i professionisti si impegnano non solo per motivazioni lavorative, ma anche etiche, a mantenere alte le competenze e riguarda tutti gli esercenti le professioni sanitarie, ovvero tutti gli attori in gioco.

Certo, sono i medici in particolare ad essere colpiti, in questa fase storica, dalle problematiche che la legge si prefigge di eliminare, ma il testo interessa davvero tutte le figure professionali, infermiere in primis, che è la professione più vicina e affine a quella medica. Per questo si tratta davvero di un evento di portata storica, perché mette davanti a tutto questioni fondamentali, come il rapporto con l'assistito, la serenità di esercizio e, soprattutto, il giusto riconoscimento ai cittadini che dovessero incappare in un evento avverso di quello che è loro diritto ricevere. Inoltre, viene reso evidente quanto la gestione di tutto quello che può produrre un rischio clinico assistenziale, un rischio organizzativo, sia importante e quindi meritevole di essere studiata e valutata.

Infine, l'obbligo di formazione continua per tutti i professionisti sanitari: nel merito della legge, questo diventa, oltre che un obbligo giuridico e deontologico, anche ineludibile proprio per la necessità per ogni professionista di essere sempre aggiornato e informato sulle nuove pratiche, sulle evidenze scientifiche, su come si sta evolvendo il sistema clicnico, il sistema infermieristico e quello assistenziale in generale. [12]

2.5 La FNOPI approva il nuovo Codice Deontologico

Dopo dieci anni dalla versione del 2009, si rinnova integrato con tutto ciò che riguarda leggi, regolamenti, situazioni che si sono succedute negli anni e, soprattutto, nuove responsabilità nel passaggio da Collegi a Ordini, ora enti sussidiari dello Stato con la modifica di ruoli, responsabilità e capacità di intervento. Il nuovo Codice (2019) rappresenta per l'infermiere uno strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità, il saper curare e il saper prendersi cura. L'infermiere deve dimostrare di saper utilizzare strumenti innovativi per una gestione efficace dei percorsi assistenziali e l'applicazione dei principi deontologici completano le competenze e permettono all'infermiere di soddisfare non solo il bisogno di ogni singolo paziente, ma anche quello del professionista di trovare senso e soddisfazione nella propria attività.

Ed è una guida e una regola per garantire la dignità della professione e per questo va rispettato e seguito da tutti. Il Codice è per gli infermieri e degli infermieri; li rappresenta e li tutela e mette nero su bianco la loro promessa di prendersi cura fatta da sempre ai cittadini.

L'infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio e aderisce alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.

Inoltre, se l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività assistenziali, gestionali o formative in contrasto con i propri principi e valori e/o con le norme della professione, l'infermiere proporrà soluzioni alternative e se necessario si avvarrà della clausola di coscienza.

Il nuovo Codice inquadra la crescita professionale e prevede che l'infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento e/o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti, presta consulenza ponendo le sue conoscenze e abilità a disposizione della propria, delle altre comunità professionali e delle istituzioni. Ma riconosce anche che l'interazione e l'integrazione intra e interprofessionale sono fondamentali per rispondere alle richieste della persona. E l'infermiere inoltre ha anche l'obbligo di concorrere alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita e formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni.

Diviso in otto Capi il nuovo Codice chiarisce il dovere dell'infermiere di curare e prendersi cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento di sessualità, etnica, religiosa e culturale. E in questo di astenersi da ogni discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di chi incontra nel suo operare.

Tra i compiti, il Codice prevede l'educazione sanitaria per i cittadini e la promozione per loro di stili di vita sani, la ricerca e la sperimentazione, ma anche, per gli infermieri, gli obblighi di formazione e di educazione continua, argomento questo che per la prima volta entra a pieno titolo in un Codice Deontologico.

L’infermiere è garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono, se rileva privazioni o maltrattamenti li segnala all’autorità competente e si attiva perché ci sia un rapido intervento.

E dal punto di vista professionale denuncia e segnala assieme all’Ordine, l’abusivismo e le attività di cura e assistenza prive di basi e riscontri scientifici e/o di risultati validati.

Non manca il riferimento alla comunicazione: l’Infermiere, anche attraverso mezzi informatici e social media, si comporta con decoro, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità; tutela la riservatezza delle persone e degli assistiti ponendo particolare attenzione nel pubblicare dati e immagini che possano ledere i singoli, le istituzioni, il decoro e l’immagine della professione.

Stabilite anche le regole deontologiche della libera professione. Ad esempio, il 'contratto di cura' in cui si prevede che l’infermiere, con trasparenza, correttezza e nel rispetto delle norme vigenti, stipula con la persona assistita apposito contratto di cura che evidenzi l’adeguata e appropriata presa in carico dei bisogni assistenziali, quanto espresso dalla persona in termini di assenso/dissenso informato rispetto a quanto proposto, gli elementi espliciti di tutela dei dati personali e gli elementi economici.[19]

3.1 Prospettiva: l'infermiere del futuro

Oggi l'infermiere moderno si ritrova a svolgere un ruolo fondamentale, multifunzionale; è il punto centrale di una rete di contatti a cui fanno capo specialisti, operatori, cittadini e strutture sanitarie.

Egli è chiamato a seguire interventi direttamente sul territorio: collaboratore, alleato, manager e 'facilitatore' dei processi di assistenza e di integrazione tra le varie strutture sanitarie.

Certamente la confusa e disomogenea collaborazione tra servizi ospedalieri e territoriali degli ultimi anni non ha giovato a questa costante trasformazione e anzi ha messo in evidenza la necessità di sperimentare nuove forme di assistenza, visto anche l'incremento sostanziale di patologie croniche e l'esigenza di personalizzare sempre più le richieste dei cittadini e la loro continuità assistenziale.

L'infermiere diventa anello di congiunzione tra diverse realtà, tassello strategico di un puzzle dai molti pezzi, chiamato ad aggiornarsi e formarsi continuamente anche in ambiti non tradizionalmente infermieristici come la psicologia, la sociologia, l'antropologia etc.

Dovrà acquisire sicurezza e padronanza nella conduzione e nella valutazione delle esigenze dei pazienti, delle loro famiglie e delle loro condizioni sia fisiche che emotive. Dovrà anche saper coordinare e pianificare.

Egli è educatore sanitario per il paziente e tutor per il personale di assistenza; deve saper ascoltare, comprendere adeguatamente e attivamente i bisogni dell'interlocutore, interfacciandosi 'a nome e per il paziente' nella gestione di tempi e fasi di svolgimento del percorso di cura e nel rapporto con gli agenti esterni alla realtà sanitaria.[13]

Dunque, ci si chiede come possa essere l' infermiere quando avrà lasciato alle spalle l' epoca della post-ausiliarietà e si sarà proiettato, con un nuovo modo di essere, al futuro. Intanto, in un presente iperstimolato in cui tutto, viaggiando ad una super-velocità risulta superficialmente semplificato, occorre fermarsi a riflettere per sottoporre a dubbio le prassi di oggi. Il dubbio serve a destrutturare le certezze fin ora assunte in maniera inerziale per innescare il cambiamento. In secondo luogo urge scovare le cause profonde della crisi di identità delle professioni per capire cosa e come si vuole essere nel prossimo futuro per mobilitare, di conseguenza, le giuste risorse.

L'infermiere del futuro, valorizzando l'intellettualità della propria professione, dovrà porsi come l'interprete di una disciplina, l'infermieristica, che, in piena evoluzione epistemologica, sta via via delineando il suo confine scientifico.

Per completare questa evoluzione, l'infermiere deve rifarsi ad un unico modello di riferimento per unificare il linguaggio intra-professionale e per definire univocamente l'assistenza infermieristica come la presa in carico delle conseguenze della malattia di tipo fisiologico, psicologico e sociale sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona considerata nella sua totalità e soggettività; altresì saprà rifarsi ad un'unica metodologia (c.d. processo di assistenza), per definire esattamente come si fa l'assistenza.

Le responsabilità dell'infermiere del futuro sono:

- adottare un comune linguaggio scientifico;
- pianificare l'assistenza sottesa ad un modello concettuale di riferimento unico;
- prescrivere interventi assistenziali di bassa complessità e discrezionalità e ad alta standardizzazione al personale di supporto;
- dedicarsi all'assistito e alla famiglia con il suo patrimonio di conoscenze e competenze;
- valutare gli esiti del proprio operato;
- intrecciare con le altre professioni sanitarie un rapporto di interdipendenza flessibile, dove ogni professione modifica la pianificazione delle cure per l'assistito in virtù delle modifiche apportate dagli altri profesionisti.

Solo avendo ferme queste premesse, ci si può proiettare al futuro e discutere una nuova organizzazione del lavoro in cui mettere a disposizione ognuno il proprio patrimonio di competenze in un'ottica di coevoluzione e di mutua valorizzazione delle professioni.

Questo è l'obiettivo al quale tendere per la ricostruzione di un'intera categoria, compatibilmente con la carenza non solo d'organico ma soprattutto di idee con cui ci scontriamo tutti i giorni.

Un altro futuro è possibile solo se lo si pensa e lo si vuole davvero![21]

Per tutti gli infermieri questo è un periodo di forte pressione e cambiamento; ma bisogna saper riconoscere le significative opportunità che si possono trarre.
Si lavora in un sistema dove la domanda ed il volume di persone che richiedono cure stanno aumentando.
Tuttavia, infermieri, ostetriche e personale sanitario hanno comportato cambiamenti sostanziali e miglioramenti negli ultimi tre anni, per poter arginare questo problema.
Ognuno di loro deve operare secondo le 'buone pratiche', fornendo supporto a chi necessita di aiuto perchè hanno un dovere verso tutti e, non importa come, ma devono continuare a lavorare insieme per garantirlo. Come diceva Florence: 'Il vero alfabeto di un infermiere è quello di essere abile ad interpretare ogni cambiamento nell'espressione di un paziente, senza causargli lo sforzo di chiedergli che cosa prova'.
La professione infermieristica ha una lunga storia riguardo il prendersi cura dei malati e dei più vulnerabili, trattando tutti allo stesso modo, indipendentemente da credo o colore.
Infatti, il desiderio di aiutare le persone nei momenti più difficili della loro vita è il valore base che conduce verso questa carriera. Per massimizzare l'aiuto in termini pratici, questo deve essere accoppiato ad una conoscenza teorica, un solido processo decisionale professionale e l'applicazione di pratiche basate sull'evidenza. Questi sono requisiti che appartengono a tutti i professionisti e, un ulteriore contributo apportato al nursing, è la capacità di conoscere, anticipare ed interpretare tutte le esigenze della persona.
Per il futuro di questa professione bisognerebbe creare ambienti in cui gli infermieri possano prosperare e supportare l'erogazione di cure di alta qualità, e di sostenere questo sviluppo per poter fare in modo di implementare risultati di riuscita sempre maggiori, senza dimenticarsi di mettere il cuore in tutto ciò che si fa.[20]

3.2 Responsabilità infermieristica nella sanità futura

La sanità del futuro sarà, nella percezione collettiva prevalente, più orientata di oggi al territorio, con un'offerta sanitaria modulata sui bisogni sanitari e socio-sanitari legati alle patologie croniche, destinate ad aumentare con l'invecchiamento; e ci si attende anche un potenziamento delle attività di prevenzione ed una loro più larga diffusione tra i cittadini.
In questa sanità fatta di prevenzione e di territorio e con pochi ospedali ad alta specializzazione, secondo il 90% degli italiani l'infermiere sarà una professione importante, che giocherà un ruolo altamente significativo.
Altro aspetto importante è che anche la professione infermieristica, nella percezione collettiva, dovrà avere una relazione sempre più stretta con le nuove tecnologie.[22]

3.3 L'infermiere specialista e l'infermiere di famiglia/comunità

Lo sviluppo della professione infermieristica non è solo manageriale, ma anche clinico e per questo di fondamentale importanza è riconoscere ai professionisti le specializzazioni e il loro percorso formativo, non solo come approfondimento professionale legato ai master, ma come vero e proprio livello di istruzione universitaria superiore. Perciò, l'infermiere specialista è colui che ha conseguito master di primo livello specializzandosi in un settore particolare della professione. E alle specializzazioni saranno anche legati la progressione di carriera e il principio di infungibilità.
Questo il panorama prossimo che la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) sta disegnando per lo sviluppo dell'attività assistenziale.
E questo è stato l'argomento al centro del think tank sulla formazione delle professioni al Meeting Salute in svolgimento a Rimini dal 19 al 24 agosto. Occorre quindi stratificare le competenze specialistiche sia nei modelli organizzativi che negli incardinamenti normativi e contrattuali. Già domani quindi ci si aspetta un infermiere non più solo dedicato alle 'esigenze di reparto e di azienda', ma specializzato.
Il quadro della nuova professione infermieristica legata alla crescita formativa va dall'infermiere generalista che lavora nell'assistenza generale, partecipando all'identificazione dei bisogni di salute, pianificando, gestendo e valutando l'intervento

infermieristico su persone o gruppi di persone, sane o malate, in strutture territoriali e ospedaliere, all'infermiere specialista con competenze avanzate che lavora con ampia autonomia nell'assistenza a pazienti complessi e vulnerabili di una determinata tipologia specialistica, contribuisce allo sviluppo della professione ampliando le competenze cliniche a quelle di formazione, organizzazione e ricerca ed esercita la leadership in maniera efficace e proficua, come i modelli internazionali (Oms ad esempio) richiedono.

Il riferimento alla pratica infermieristica avanzata è sempre relativo alla pratica clinica ed è caratterizzata da due elementi fondamentali: l'approfondimento e l'estensione del sapere. L'infermiere che ha acquisito competenze avanazate, esercita la sua attività con ampia autonomia, contribuisce allo sviluppo della professione attraverso la formazione e la ricerca, è agente di cambiamento (leadership). E le competenze specialistiche avanzate, lo hanno ampiamente dimostrato gli studi internazionali, contribuiscono a migliorare gli esiti clinici.

Tutto questo poi prevede l'infungibilità della specializzazione, cioè chi è specialista in una branca non può essere utilizzato per un'altra. Si tratta, in analogia con altri professionisti della salute, di riconoscere all'infermiere specialista il suo ruolo, le sue capacità e le sue funzioni all'interno dei meccanismi dell'assistenza. Gli infermieri sono spesso risorse utili al sistema per la loro trasversalità professionale ma proprio questo approccio, in questa fase di blocco del turn over, sta facendo perdere lo sviluppo di competenze specialistiche a svantaggio della popolazione assistita.

L'infungibilità legata alla specializzazione infermieristica parte dalla necessità di un coordinamento trasversale dell'assistenza che richiede nuovi ruoli, già individuati nelle aree specialistiche. Sono necessarie e prevedibili figure di infermiere con perfezionamento clinico e nel management, formato a vari livelli, e in grado di orientare e governare sia i processi assistenziali tipici di una certa area clinica, sia le competenze professionali necessarie per realizzarli. Gli obiettivi di tutto questo sono di mantenere la continuità dell'assistenza e l'applicazione dei percorsi clinico-assistenziali, garantire appropriatezza dei trasferimenti nelle diverse aree di intensità (alta – media-bassa intensità), migliorare i percorsi di dimissione dei pazienti, integrare al massimo ospedale e territorio, utilizzare in modo razionale le risorse rispetto alla tipologia di paziente e al suo piano di dimissione e valutare i pazienti proposti per il trasferimento da altre unità.

Nella formazione poi un ruolo essenziale soprattutto per garantire qualità assistenziale ai pazienti è l'aggiornamento continuo (ECM, educazione continua in medicina). E di questo la FNOPI si fa garante: ma maggio 2019 ha istituito – prima tra le professioni – una Rete omogenea di referenti per garantire che tutti gli infermieri perseguano l'aggiornamento continuo, valorizzare le esperienze consolidate negli ordini provinciali, condividerle e metterle a disposizione di tutti.
Infatti, l'aggiornamento e il ruolo degli infermieri nel sistema Ecm è un argomento trattato nell' articolo nel nuovo Codice Deontologico (2019), secondo cui 'l'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina', in modo tale da chiarire bene come la professione si pone nei confronti dell'Ecm, a garanzia dei pazienti.[23]

Una specializzazione in forme aumento è l'infermiere di famiglia e di comunità, che integra con un ruolo che non è nuovo ma che ha bisogno di essere formalizzato, sostenuto e reso evidente, preventivo, proattivo e collaborativo, il contributo degli attori delle Cure Primarie, delle Cure Intermedie e della Residenzialità Sociosanitaria, per la salute dei cittadini, collaborando con i Medici di Medicina Generale in primis. [14]
Consiste in una forma di assistenza e di supporto erogata nella comunità ed ha come obbiettivo a realizzazione un servizio di assistenza volto a persone, famiglie e comunità lungo tutto il continuum assistenziale.
L'infermieristica di famiglia/comunità si struttura in un modello teorico-pratico che ripensa il sistema dei servizi a livello delle comunità locali e propone un nuovo modo di progettarli ed attivarli, intendendoli come reti integrate di intervento che si basano sull'incontro creativo e collaborativo fra soggetti primari (famiglie, gruppi, associazioni), e servizi organizzati (sia pubblici che privati) mediante relazioni di reciprocità sinergica.
L'infermieristica di famiglia/comunità trova attuazione nei distretti, nei servizi territoriali, a domicilio, nelle scuole etc.

Può contribuire a potenziare e sviluppare tutti gli interventi di primary care necessari per 'fare' prevenzione, garantire accesso alle cure, realizzare continuità delle cure, erogare assistenza infermieristica generale e specialistica, promuovere livelli di benessere e diffondere pratiche di autocura.

L'infermiere di famiglia/comunità opera in collaborazione con l'equipe multidisciplinare per aiutare gli individui e le famiglie a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute, a gestire le malattie e le disabilità croniche. Ogni infermiere, in associazione con altre figue professionali, agisce come risorsa di salute fornendo consigli sugli stili di vita e sui fattori comportamentali a rischio, e rappresenta il promotore chiave della salute nella comunità. Inoltre, individua bisogni inespressi, si rende garante della persona in carico lungo l'intero percorso assistenziale del paziente, della continuità delle cure e del suo nucleo familiare.

Promuove la cooperazione tra gli operatori coinvolti nel progetto di cura ed effettua educazione terapeutica. Si rende garante dell'adesione dei pazienti ai diversi follow-up e che i problemi sanitari delle famiglie siano rilevati e curati al loro insorgere attraverso la valutazione medico-infermieristica precoce.

L'infermiere di famiglia/comunità è responsabile dei modelli assistenziali proposti con attenzione agli aspetti preventivi, clinico-assistenziali e psico-educativi in una prospettiva multidisciplinare.

Le funzioni caratterizzanti di questa figura possono essere catalogate in cinque macro aree:

- 1. area assistenziale (gestire i percorsi assistenziali alla persona/famiglia, il rischio clinico/assistenziale, attivare la rete di servizi sociali);
- 2. area della ricerca applicata (collaborare/attuare/effettuare progetti di ricerca selezionati);
- 3. area della consulenza (erogare consulenza in qualità di esperto);
- 4. area della prevenzione (attuare interventi educativi, rilevare situazioni a rischio per il mantenimento della salute);
- 5. area manageriale (facilitare la cooperazione integrata dei servizi territoriali).

Le funzioni svolte dall'infermiere di famiglia/comunità sono una naturale evoluzione di funzioni professionali già svolte in ambito territoriale; l'innovazione si evidenzia nel metodo proattivo e nell'estensione dell'assistenza dal singolo, alla famiglia e alla comunità. [16]

Oggi l'infermiere è un professionista specializzato, competente, responsabile e riconosciuto tale da chi assistiamo.

I dati a disposizione dove il modello è già attivo dicono che l'infermiere di famiglia e comunità evita ricoveri impropri, previene e diminuisce le complicanze, promuove auto cura e consapevolezza generando appropriatezza economica oltre che clinica, proprio partendo dall'educazione al singolo e alle comunità, armonizza i percorsi aumentando fiducia nel sistema e facendo diminuire i contenziosi, ma soprattutto risponde ai bisogni delle persone che dopo brevi esperienze di ospedalizzazione necessitano di lungo supporto assistenziale a volte coincidente con la vita stessa delle persone.

Il limite attuale è che tutto ciò avviene soprattutto in periferia, nelle realtà più piccole e senza un'organizzazione istituzionalizzata che sarebbe necessaria per allargare il metodo anche alle grandi città e alle metropoli e uniformare il modello di assistenza.

Purtroppo, evidenti conflitti di potere tra le professioni ostacolano i processi di cambiamento e solo la competenza dei professionisti, sostenuta da apposita legislazione, può rendere l'applicazione vincente.

L'infermiere di famiglia è uno dei molteplici e importanti esempi delle competenze sviluppate dalla nostra professione, ma ce ne sono molte altre anche riguardo all'assistenza ospedaliera e nell'emergenza urgenza.[14]

3.4 L'infermiere esperto

L’infermiere esperto è colui che ha seguito corsi di formazione regionali organizzati autonomamente da ogni azienda sanitaria in base alle proprie risorse, ai propri obiettivi e all’organizzazione interna e ha esperienza di percorsi clinici assistenziali.

Nel requisito per l’incarico di professionista esperto rientrano tutte le iniziative già avviate dalle Regioni e dalle Aziende sanitarie di formazione complementare che hanno permesso ai professionisti interessati di acquisire quelle funzioni avanzate per svolgere attività professionale che siano 'compiti aggiuntivi e/o maggiormente complessi e richiedono significative, elevate ed innovative competenze professionali rispetto a quelle del profilo posseduto'.

A titolo puramente esemplificativo, rientrano in tale percorso formativo l’ infermiere nel 'See and treat', nel fast track, nell’adozione di protocolli 'salva vita' nelle ambulanze del 118, per l' infermiere di famiglia o di comunità, nelle competenze avanzate infermieristiche in ambito clinico, in attività perioperatoria, etc.

Tali competenze avanzate sono finalizzate ad una più adeguata e produttiva valorizzazione dell’apporto dei professionisti coinvolti nella rimodulazione dell’organizzazione del lavoro sanitario e sociosanitario per riconoscere e promuovere lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità professionali al fine di favorire lo sviluppo delle funzioni professionali, in correlazione con gli obiettivi di educazione, prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione previsti dalla programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale.[24]

3.5 Telemedicina e telenursing

Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/ terapeutico. Tuttavia la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente/infermiere-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza. La Telemedicina deve altresì ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.

La rilevanza della Telemedicina e il suo impatto sulla società e sulla salute sono riconosciuti a livello internazionale; ma anche le esperie a livello nazionale, regionale e locale sono molteplici. Con la finalità di valutare e monitorare le applicazioni di Telemedicina, a seguito di apposita convenzione stipulata con il Ministero della Salute, la Regione Emilia Romagna, con la partecipazione delle Regioni Toscana, Liguria, Marche e Campania a cui si sono aggiunte, anche le Regioni Veneto, Sicilia, Lombardia, ha istituito nel 2007 l'Osservatorio Nazionale e-Care. Obiettivo dell'Osservatorio è quello di costruire la mappa delle reti e-care, di favorire lo scambio delle buone pratiche e delle correlate tecnologie, al fine di migliorare l'accessibilità e l'efficacia dei servizi erogati on line ai cittadini.

Lo sviluppo di strumenti per la Telemedicina consente sia di trovare nuove risposte a problemi tradizionali della medicina, sia di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e i pazienti.

Di seguito si sintetizzano le principali motivazioni e benefici attesi che spingono allo sviluppo ed all'adozione di tecniche e strumenti di Telemedicina:

- Equità di accesso all'assistenza sanitaria:

L'equità dell'accesso e la disponibilità di una assistenza sanitaria qualificata in aree remote possono essere grandemente aumentate dall'uso della Telemedicina. Si pensi al mare, alle piccole isole, alla montagna ma anche semplicemente ad aree rurali poco collegate alle città di riferimento. La Telemedicina inoltre può concorrere a migliorare l'assistenza sanitaria in carcere, che presenta disagi e costi aggiuntivi dovuti all'organizzazione dei trasferimenti, una difficoltosa gestione delle emergenze, lunghi tempi di attesa per gli accertamenti diagnostici/specialistici, ed una limitata attività di diagnosi preventiva.

- Migliore qualità dell'assistenza garantendo la continuità delle cure:

A questa motivazione è legata tutta la Telemedicina mirata a portare direttamente presso la casa del paziente il servizio del medico, senza che questo si allontani dal suo studio e senza che il paziente stesso sia costretto a muoversi. La cura delle malattie croniche può rappresentare un ambito prioritario per la applicazione di modelli di Telemedicina.
Il Telemonitoraggio può migliorare la qualità della vita di pazienti cronici attraverso soluzioni di auto-gestione e monitoraggio remoto, anche ai fini di una de-ospedalizzazione precoce.

- Migliore efficacia, efficienza, appropriatezza

La sfida dei sistemi sanitari dei prossimi anni, legata all'invecchiamento della popolazione ed alla prevalenza delle malattie croniche sull'acuzie, deve essere affrontata anche attraverso un miglior uso del sistema, supportato dall'information and communication technology. L'introduzione della Telemedicina come innovativa modalità organizzativa ha una immediata ricaduta nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori e orientare gli erogatori verso un utilizzo appropriato delle risorse, riducendo i rischi legati a complicanze, riducendo il ricorso all'ospedalizzazione, riducendo i tempi di attesa, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili. La disponibilità di informazioni tempestive e sincrone offre inoltre la possibilità di misurare e valutare i processi sanitari con questa modalità organizzativa attraverso indicatori di processo ed esito.

L'utilizzo di strumenti di Telemedicina, a titolo esemplificativo, può anche essere a supporto della terapia farmacologica per migliorare la compliance del farmaco. Sono disponibili dispositivi e sistemi per aiutare il paziente nel processo terapeutico e migliorare i risultati con riduzione degli eventi avversi da farmaci.

Mentre per quanto riguarda gli ambiti, quelli principali sono:

- Territorio:

La gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo delle tecnologie innovative, e più in generale dell'ICT, per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete, che integri i vari attori istituzionali e non istituzionali deputati alla presa in carico delle cronicità. In particolare, nelle nuove forme d'aggregazione dei medici di medicina generale, la Telemedicina e la Teleassistenza rappresentano esempi di come la tecnologia possa supportare un'efficace operatività di tali forme organizzative, anche ai fini della gestione della cronicità. Analogamente per patologie croniche a stadi avanzati e gravi, il supporto della Telemedicina specialistica consente di mantenere il paziente a casa.

- Patologie rilevanti:

Sono state realizzate esperienze di Telemedicina Nazionali e Internazionali in molti settori della patologia medica e chirurgica, dalle patologie cardiovascolari e cerebrovascolari alle malattie respiratorie, dal diabete alla patologia psichiatrica, nella acuzie e nella cronicità, in pediatria, nell'adulto e nell'anziano fragile fino alla riabilitazione. Tra gli obiettivi da perseguire si riconosce 9 la necessità di implementare l'utilizzo di strumenti di Telemedicina quale mezzo per favorire un migliore livello di interazione fra territorio e strutture di riferimento, riducendo la necessità di spostamento di pazienti fragili e spesso anziani.
Ad esempio nel campo delle Malattie rare l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione quali la Telemedicina può garantire l'individuazione e l'accesso a distanza all'assistenza sanitaria specialistica necessaria.

- Sistema dell'Emergenza Urgenza:

Gli interventi di assistenza in emergenza-urgenza possono avvalersi delle tecnologie al fine di gestire le attività di pronto intervento sanitario mirate all'eliminazione del rischio anche attraverso il collegamento ad altri nodi della rete sanitaria. L'utilizzo della Telemedicina in questo contesto può rendere disponibili in modo tempestivo informazioni cliniche utili al miglioramento della gestione di pazienti critici.

- Riorganizzazione della diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini:

Il rilevante impatto economico ed organizzativo delle iniziative di sviluppo del settore della diagnostica di laboratorio (incluse le tecniche diagnostiche avanzate) e della diagnostica per immagini ha reso indispensabile attivare iniziative finalizzate, tra l'altro, ad assicurare l'interoperabilità dei sistemi ospedalieri e delle ASL (intra e inter-regionali), con particolare riferimento al Teleconsulto (second opinion).

Le nuove tecnologie permettono di abbattere tempi e distanze e la sanità può trarne enorme vantaggio; tuttavia è cosa nota che un cambiamento, per essere digerito e accettato, impieghi molto tempo per diventare normalità, specie se va a modificare un apparato ampiamente consolidato come la medicina.

Bisogna però tenere ben presente che la telemedicina implica sempre e comunque l'erogazione di una prestazione sanitaria, la quale seppur fornita tramite modalità innovative, resta sempre un atto medico/infermieristico e come tale deve essere considerato dal punto di vista professionale, etico e legale.

Con l'aiuto di un cellulare, di un PC o di un tablet le persone, senza spostarsi da casa, possono tenere sotto controllo i propri parametri vitali, ricevere notifiche su esami svolti o da svolgere, su terapie da eseguire, partecipare a gruppi di supporto online e, in caso di necessità, stabilire una comunicazione con il proprio medico o il proprio infermiere di riferimento.

Un percorso quale quello della Telemedicina necessita di una definizione chiara delle responsabilità professionali di tutti gli attori che in essa operano, così come dei rapporti tra gli stessi e tra i medesimi e gli utenti.

È il giusto approccio culturale che bisogna trovare e questo può avvenire solo attraverso un continuo processo formativo di tutti gli operatori sanitari, con l'obiettivo di prepararli adeguatamente a rispondere a questo cambiamento che il mondo gli chiede e mettendoli in condizione di farlo con competenza e responsabilità.[25]

La telemedicina non è soltanto atto medico e di conseguenza i medici non ne sono attori unici; al contrario, sempre maggiore importanza sta assumendo la parte infermieristica e con essa i suoi professionisti.
L'evoluzione della domanda di salute, in tutte le sue sfaccettature, pone l'accento sulla necessità di rispondere in modo diverso, in un modo che sia centrato sul paziente e assicuri appropriatezza, efficacia e tempestività, in un modo che tenga conto della notevole evoluzione tecnologica ormai in atto.
In un simile panorama, gli infermieri, come e più di altri professionisti, sono chiamati ad abbracciare quest'ottica di cambiamento, passando da un modello di assistenza tradizionale ad uno più avanzato, che vada di pari passo con l'evoluzione dei tempi.
Il tele-nursing, termine inglese per indicare la 'teleinfermieristica', sta rapidamente prendendo terreno in diversi sistemi sanitari, oltre oceano così come negli altri paesi europei e molti infermieri si trovano già quotidianamente a fornire assistenza a distanza ai propri pazienti.
Monitoraggio remoto, tele triage, consultazione ed educazione a distanza sono alcune delle possibilità che offre il tele nursing e per molti costituiscono già una realtà consolidata, applicabile ad ogni ambito infermieristico.
All'infermiere che se ne occupa, la Telemedicina offre anche notevoli opportunità di leadership, garantendo la possibilità di elaborare, supervisionare e condurre programmi di cura, supervisionare altri infermieri e fungere da punto di raccordo tra i diversi professionisti del settore sanitario. Si tratta oggi di muovere le prestazioni, anziché muovere i pazienti.
Gli infermieri che si occupano di Telemedicina uniscono la propria esperienza e competenza clinica con le conoscenze tecnologiche, creando un nuovo modo di fare assistenza, così che pur non potendo fisicamente recarsi al letto del paziente, possano comunque valutarne lo stato di salute, interpretarne i parametri e fornirgli l'assistenza di qualità che merita.

Dal contesto ospedaliero, dove possono monitorare le condizioni cliniche dei pazienti in tempo reale, al momento della dimissione, in cui i pazienti si trovano letteralmente bombardati da una quantità di informazioni che molte volte non sono pronti a gestire; gli infermieri, avvalendosi del tele-nursing, vanno così a riempire quel gap assistenziale, garantendo il raggiungimento degli outcome di salute e prevenendo riammissioni improprie in ospedale.

In breve, gli infermieri fanno a distanza quel che hanno sempre fatto in presenza, ossia assistenza; concetto fondamentale del paradigma del nursing, ha sempre avuto il suo perno nella relazione con il paziente, che al contrario di quanto si potrebbe essere portati a credere, non viene certo meno con la tele-assistenza; semplicemente si reinventa e si configura come una comunicazione continua in quello che è ormai un rapporto uomo-macchina, ma che permette all'assistito di rimanere nel suo ambiente di vita.

Infermiere e paziente, quando instaurano un rapporto, si incontrano in uno spazio pieno di valenze simboliche, ma non è assolutamente necessario un rapporto 'face to face' affinché la relazione abbia non solo luogo, ma si svolga nel modo corretto e sia effettivamente terapeutica.

Il paziente è comunque collocato in una posizione privilegiata, al centro di quel rapporto che deve sempre basarsi sulla fiducia reciproca; l'infermiere, ottemperando al patto infermiere-cittadino e ai principi del Codice Deontologico, da parte sua assicura competenza, garantisce confidenzialità delle informazioni e agisce sempre e comunque nell'interesse del paziente.

Dalla riuscita di questa collaborazione, dal raggiungimento degli outcome, si avrà anche una misura di quanto l'infermiere sia stato abile nell'instaurare una relazione, anche a distanza e di quanto il paziente sia soddisfatto e ne abbia quindi seguito le indicazioni.

Il tele nursing appare oggi come una sorta di zona di frontiera dell'Infermieristica, una zona ancora poco esplorata e con un potenziale ancora tutto da scoprire, così come è tutto da scoprire il ruolo di coloro che insieme e per il paziente sono i protagonisti di questo processo, gli infermieri.[26]

3.6 L'infermiere e il ruolo educativo

L'educazione terapeutica è una modalità di intervento sanitario, che si sta progressivamente sviluppando in ragione di un incremento dell'aspettativa di vita e delle patologie croniche ad essa conseguenti.
Esistono diversi ambiti in cui l'educazione terapeutica viene applicata sia nei contesti ospedalieri che territoriali e presuppone l'attivazione di strumenti e metodi eterogenei e fortemente personalizzati. È infatti sulla consapevolezza, sulla responsabilità individuale e sull'abilità personale che l'educazione terapeutica finalizza i propri risultati, inserendo la persona in un processo educativo che permette la miglior gestione della malattia. Il contributo operativo che i professionisti sanitari possono dare si realizza su due livelli: uno nella presa in carico e gestione diretta del paziente, l'altro sulla formazione continua e l'organizzazione dei servizi. Classicamente, nel panorama delle professioni sanitarie, la professione che numericamente si è finora dedicata di più all'educazione terapeutica è quella degli infermieri.

L'educazione terapeutica consiste, sostanzialmente, nell'aiutare il paziente a comprendere la sua malattia e il suo trattamento ed il suo scopo principale è di produrre un effetto terapeutico che vada ad aggiungersi agli altri interventi di comprovata efficacia. Si tratta quindi di un processo continuo, integrato nell'assistenza sanitaria, incentrato sul paziente che implica attività organizzate di sensibilizzazione, informazione, apprendimento dell'auto-cura e supporto psicologico a riguardo della malattia, dei trattamenti prescritti, dell'assistenza ospedaliera e negli altri setting assistenziali e di altri aspetti organizzativi.
Finora la classe infermieristica si è investita di questo campo di attività.
Di fatto alcuni degli strumenti e delle competenze delineati sia dall'OMS che dal Piano Nazionale sono propri dell'infermiere, come educatore professionale, figura che non si occupa solo della trasmissione delle informazioni intorno ai rischi delle malattie o alle modalità clinico-farmacologiche, ma studia gli interventi e le strategie utili a rafforzare nei pazienti la motivazione al cambiamento.

Secondo una recente rilettura delle sue funzioni, l'infermiere 'è una sorta di specialista della ricomposizione' (Mustacchi, 2016) che trasforma l'esperienza di malattia per riprogettare l'esistenza del paziente e riformulare con lui un nuovo progetto di vita.

Nel PNC sono stati individuati alcuni strumenti per l'elaborazione di un programma di educazione terapeutica e che rappresentano un bagaglio di competenze strutturali per l'infermiere come educatore. Tra gli altri si distinguono:

- gestione della *'comunicazione/relazione'* in modo efficace ed empatico è il presupposto di base per orientare le organizzazioni sanitarie e tutti gli operatori verso i sempre più emergenti scenari di Clinical Humanities;
- *'sapere narrativo'*, deve essere considerato un bagaglio di conoscenza primario per programmare e per gestire l'assistenza;
- Il *'Piano di Cura Personalizzato'*, ben diverso dal classico piano di cura clinico, diviene, quindi, un piano adattato alle problematiche specifiche, non solo cliniche, di ogni singolo paziente, ma anche ai suoi effettivi potenziali. Il progetto personalizzato costituisce, quindi, un programma che integra un 'percorso assistenziale' con un 'percorso esistenziale', che tiene, quindi, in primaria considerazione i bisogni, le aspettative e i desideri del paziente;
- *'Il contratto educativo'*: uno strumento che definisce quali sono gli obiettivi di apprendimento che il paziente vuole raggiungere nella gestione della sua patologia.

  È finalizzato a mobilitare le energie e la consapevolezza del paziente verso obiettivi più personali e particolari che provengono dai suoi bisogni individuali che conferiscono al contratto una intenzione di personalizzazione. La contrattazione con la persona diviene una sorta di "patto" tra paziente e infermiere che ha valore di impegno reciproco.

La prospettiva è circolare con il paziente al centro. Si parte dalla lettura e identificazione dei bisogni educativi della persona che sono legati a una multifattorialità: l'età, la condizione socioeconomica-culturale, i vissuti emotivi, lo stile di vita, la quotidianità, la tipologia della malattia e quanto questa è impattante nella vita della persona (terapia, ricoveri, follow up, trattamenti a domicilio, ricadute…). Questa prima tappa è particolarmente delicata dal momento che determina lo svolgimento del lavoro educativo. Non cogliere appieno i bisogni della persona potrebbe precludere il buon esito dell'intervento.

La seconda tappa consiste nel definire e negoziare le competenze che si intendono far acquisire al paziente e che lo stesso intende raggiungere. Nelle competenze, che variano da persona a persona, si devono comunque distinguere quelle che ciascun paziente deve saper padroneggiare per motivi di sicurezza (trattamento terapeutico, misure preventive, fattori di comorbità, etc.) e quelle individuali e specifiche. Definite le competenze si definiscono i contenuti successivamente tradotti operativamente in metodi e strumenti da far apprendere.

Si entra nel cuore dell'intervento poiché è il momento in cui il paziente, sommerso, a volte sopraffatto da una moltitudine di nuovi termini e di nozioni, comincia a usare una o più strategie per far fronte, comprendere e gestire la malattia e ciò che da essa deriva. In questa fase entrano in gioco le capacità infermieristiche di problem solving e di coping.

L'educazione terapeutica è pertanto parte integrante del trattamento, dalla presa in carico alla cura, dell'assistenza e della riabilitazione del paziente e consta di azioni strutturate, organizzate, il cui orientamento è volto alla ricerca di soluzioni sostenute da evidenze scientifiche.[27]

4. CONCLUSIONI

Supponiamo di metterci nell'ottica di costruire un pensiero nostro, italiano: la prima sfida è senza dubbio rispetto al contesto (Servizio Sanitario Nazionale) in cui operiamo, che è completamente diverso da quello degli altri paesi; la seconda è una riflessione più profonda rispetto a che cos'è la disciplina infermieristica per gli infermieri italiani.

Rispetto al contesto: dovremmo considerare molte questioni. Come, per esempio, quella di affermare che nel paradigma infermieristico gli infermieri sono focalizzati sul paziente e perseguono le migliori cure basandosi sui problemi di assistenza infermieristica diagnosticati, sui valori del paziente, sulle sue preferenze, nonostante progressivamente stiamo perdendo tale rapporto per eccesso o presenza di tecnologia nei reparti.

Già nel 1987 un' autrice affermava che dovevamo ripensare il nostro modo di vedere l'assistenza ai pazienti, perché tra noi e il paziente iniziava ad inserirsi la tecnologia. Oggi si scrive che siamo nell'era post tecnologica: ci sono infermieri che fanno follow-up al telefono, che controllano lo stato di salute attraverso dispositivi: la possibilità di stare con i pazienti si è ridotta notevolmente perché si sono ridotte le risorse umane e sono aumentate quelle strumentali/tecnologiche mentre i pazienti sono sempre più complessi. Questo è un nodo che non si riuscirà a risolvere e che anche gli altri paesi hanno e stanno affrontando, ed è quello che si chiama *nursing virtuale*: l'infermiere è una presenza silenziosa e distante dal letto del malato, vigilante sulle condizioni cliniche attraverso la tecnologia.

La tecnologia sta cambiando il modo di stare con i pazienti. C'è l'abitudine a gestire la pratica all'interno di strutture gerarchiche molto forti e in confini di ruoli ben definiti. Adesso è sufficiente scorrere i programmi e gli ordinamenti dei master clinici e in coordinamento, nella gestione dei pazienti anziani, dei pazienti oncologici e apprezziamo il passaggio da un approccio legato all'esecuzione di ordini ad uno focalizzato sulla gestione dei percorsi dei pazienti: gli infermieri partecipano alla gestione del percorso diagnostico-assistenziale del paziente. Questo è molto pericoloso per noi: se si continua a pensare che l'assistenza infermieristica sia la gestione di percorsi e organizzazione, si perde una grande opportunità, che è quella di individuare e sviluppare la capacità di risolvere i problemi dei pazienti CON i pazienti.

Il nostro contributo sarebbe maggiore per efficacia, tangibilità e risultato se (come peraltro abbiamo sempre fatto), impariamo, manteniamo e potenziamo la capacità di risolvere i problemi dei pazienti e non solo quelli attinenti alla gestione dei percorsi assistenziali.

Oggi si riesce a garantire l'assistenza infermieristica solo se si chiede ai care-giver o ai familiari di garantire alcune attività, perché con le risorse a disposizione si è costretti a ridurre gli standard assistenziali.

Bisogna focalizzarsi su qual è il paradigma che si regge sulla possibilità di garantire l'assistenza solo se i familiari garantiscono una porzione delle cure da erogare anche nei contesti in cui da sempre il contributo richiesto a loro è limitato come negli ospedali; su come si fa ad aver un paradigma che è attento all'equità, quando in alcune case di riposo si è passati dalla razionalizzazione al razionamento; o ancora, su quale paradigma avere come riferimento se lo sviluppo della competenza infermieristica avanzata (ad esempio in terapia intensiva) non sarà economicamente sostenibile perché sono più flessibili le risorse generaliste.

Un editoriale del Journal of Advanced Nursing di un anno fa, riportava la preoccupazione di una collega rispetto all'espansione delle competenze infermieristiche: 'presto ci troveremo ad interrogarci sulla sostenibilità economica del sistema sanitario nel retribuire tutte le posizioni infermieristiche avanzate. Se molti infermieri crescono nelle competenze, prima o poi bisognerà iniziare a decidere se si devono valorizzare pochi o molti infermieri. Certo che con le differenziazioni economiche nulle di oggi, il problema non si pone, ma visto che rischiamo sempre di arrivare in ritardo sulle questioni, è bene che questo sia posto già da oggi sapendo che probabilmente si tratta di un nodo che affronteremo tra 5-6 anni. Ma ancora, all'interno della questione attinente alle competenze avanzate, come possiamo sostenere la cultura infermieristica, quando oggi esistono dipartimenti nei quali gli infermieri non hanno più identità, si trovano a lavorare contestualmente con molti colleghi diversi senza sviluppare un'appartenenza ma, soprattutto, con casistica assistenziale molto diversificata?'

In conclusione: rispetto alla disciplina infermieristica, un primo quesito da affrontare nei prossimi cinque/sei anni è quello se esiste un paradigma unico per tutti gli infermieri.

Inoltre sarebbe importante riflettere su un altro aspetto di fondo che riguarda la centralità dell'utente, ovvero, su come si fa a dire che il nostro paradigma è la centralità dell'utente se di fatto nei reparti è difficile vedere un infermiere vicino al letto del paziente; perché sono in pochi gli infermieri disponibili e perché al letto del paziente in verità ci sono altre professionalità. È evidente che se si ricorda a questi infermieri che il loro paradigma è la centralità del paziente, saranno molto frustrati perché è impossibile, all'interno di un rapporto di due infermieri per quaranta pazienti, garantire un'assistenza centrata sui problemi/bisogni degli assistiti.

Si dovrebbe avere il coraggio di dire che se le condizioni lavorative non cambiano, anche il paradigma dovrebbe essere ridefinito, perché non è fattibile una pratica assistenziale centrata sul paziente, in questo modo. Gli infermieri non riusciranno a dedicarsi alla dimissione pianificata o all'educazione del paziente, se non cambiano le condizioni di lavoro.

Per alcuni di essi la priorità è la documentazione: magari riportando le stesse cose per tanti giorni senza implementare nuove soluzioni standardizzate.

Anche il processo di nursing andrebbe rivisto. Gli infermieri esperti sanno che il modo di pensare clinico di un infermiere è totalmente diverso dalle logiche del processo di nursing. Benner e Tanner affermavano, molti anni fa, che quando gli infermieri esperti individuano un problema di un paziente, non seguono le tappe lineari del processo di nursing: l'infermiere esperto capisce qual è il problema che si sta sviluppando, sulla base di un indizio.

Andrebbe anche rivista la diversità tra *assistenza* ed *assistenza infermieristica*. Assistenza vuol dire accudimento, gestire i bisogni. Tutte le volte che vengono gestiti i bisogni di un paziente senza prendere una decisione si fa *assistenza*. Tutte le volte che si assiste un paziente assumendo decisioni si fa *assistenza infermieristica*.

Anche gli altri paesi stanno riflettendo molto su come ridefinire i loro concetti di base, i loro riferimenti, rispetto all'evoluzione della disciplina, del servizio sanitario e della professione. Si dovrebbe, infatti, riflettere di nuovo sui valori che aggregano ed accomunano gli infermieri e che li distinguono dal punto di vista professionale rispetto ad altri professionisti.

È un passaggio importante che la Federazione Nazionale Collegi dovrebbe guidare ridefinendo – come peraltro sta facendo – anche il Codice Deontologico.

Inoltre, si dovrebbe realizzare un altro sforzo importante: ragionare non più, troppo, sulle competenze tecniche e sulle conoscenze scientifiche ma sull'umiltà e sul coraggio che spingono a fare questa professione.
Per affrontare le sfide che la disciplina infermieristica pone non sono sufficienti conoscenza e competenza tecnica, bensì umiltà e coraggio, ed una profonda saggezza.
La saggezza non si insegna, non può essere inclusa nei curriculum formativi, ma si apprende dai maestri. Solo con saggezza si riuscirà a rivedere l'assistenza infermieristica italiana e fare in modo che la professione infermieristica sia un privilegio e non solo un lavoro; sia una professione nobile anche nei luoghi di cura, e non, o non più come affermano in molti, una professione nobile per un lavoro terribile.[27]

Per concludere: l'assistenza infermieristica ha un *senso* per l'uomo, ed ha un *Senso* per l'umanità.
Ha un suo significato per ogni individuo che incontra, per la sua scelta primaria personale, per la sua dimensione culturale, per la sua storia personale, i suoi valori, il suo vivere.
Nel contempo ha un significato imminente per l'umanità, per l'*homo viator* che cammina lungo la sua storia e il suo essere uomo nel tempo e nello spazio; è un evento che è storia eterna, pensiero che si rinnova, essenza dell'Uomo, inteso come genere.
Ha un senso ed un Senso.[2]

5. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

[1] Patricia E. Zander, (2007), 'Ways of Knowing in Nursing:The Historical Evolution of a Concept', The journal of Theory Construction and Testing.

[2] Manzoni E., (2010), 'Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica', L.E.G.O. S.p.a., stabilimento di Lavis (TN).

[3] Sironi C., (1991), 'Storia dell'assistenza infermieristica', La Nuova Italia Scientifica, Roma.

[4] https://www.fnopi.it/archivio_news/pagine/49/FlorenceNightingale.pdf

[5] Saporiti F.R., (1906), 'Commemorazione di F. Morandi detta all'orfanotrofio femminile di Milano, Cogliani, Milano.

[6] Sironi C., (1992), 'Note storiche per l'infermiere coordinatore dell'assistenza infermieristica, UTET, Torino.

[7] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10645553

[8] Fraschetti V., Mataloni Z., (1932), 'Il Manuale dell'infermiera', Croce Rossa Italiana.

[9] https://www.fnopi.it/federazione/note-di-storia/

[10] https://www.fnopi.it/aree-tematiche/codice-deontologico/

[11]https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?approfondimento_id=10622

[12]https://www.sanitainformazione.it/lavoro/responsabilita-professionale-annalisa-silvestro-ipasvi-assicurazioni-formazione-ecm-cosi-migliora-rapporto-professionista-paziente/

[13] Santullo A., (2004), 'L'infermiere e le innovazioni in sanità', The McGraw-Hill Companies, srl Publishing Group Italia, Milano.

[14] https://www.fnopi.it/aree-tematiche/infermiere-di-famiglia-e-di-comunita/

[15]http://letteredallafacolta.univpm.it/il-caring-le-teorie-del-nursing-e-le-buone-pratiche-4/

[16] http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2653804.pdf

[17] Palese A., (2007), 'Relazione presentata al XXVI Congresso Nazionale Aniarti', Rimini.

[18] https://www.nurse24.it/infermiere/teorie/teorie-del-nursing.html

[19]https://www.fnopi.it/2019/04/13/il-consiglio-nazionale-fnopi-approva-il-nuovo-codice-deontologico-degli-infermieri/

[20] Cummings J., McArdle C., McQueen F. and White J., (2016), 'Chief Nursing Officers: past, present and future of nursing', British Journal of Nursing Vol 25, No 9.
[21] https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=78767
[22] https://www.fnopi.it/archivio_news/pagine/150/8_Sintesi_Censis.pdf
[23] https://www.fnopi.it/2019/08/01/linfermiere-di-domani-specialista-manager-e-garante-della-continuita-dellassistenza-tra-ospedale-e-territorio/
[24] https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=67814
[25] http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf
[26] http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=72225
[27] Moretto B., (2019), 'Educazione terapeutica del paziente tra competenze e contesti di cura: riflessioni sul ruolo dell'educatore professionale', Journal of Health Care Education in Practice, Padova.

Ringraziamenti

Ringrazio, prima di tutto, la mia famiglia che ha sempre creduto in me anche quando, a volte, le difficoltà mi hanno fatto tentennare. Voi tutti siete stati il mio faro nella notte.
Ringrazio mio nonno, che è sempre stato orgoglioso e che mi ha riempito d'amore ad ogni passo che facevo, nella vita e nell'esperienza univeristaria.
Ringrazio i miei amici, quelli 'da una vita' e quelli 'dell'università', i quali sono diventati una seconda famiglia: quante notti insonni passate a studiare e quante colazioni insieme dopo il turno di notte, a volte estenuante...
Ringrazio soprattutto Francesca, Sara e Germana per aver condiviso con me tante gioie e dolori, non solo attinenti agli studi. Siete e sarete indispensabili per me.
Ringrazio la mia relatrice e tutte le tutor che hanno avuto molta pazienza con me, perchè ce ne vuole, e tanta.
Un ringraziamento speciale va a tutti quei colleghi che in questo periodo hanno combattuto al fronte dell'emergenza sanitaria del Coronavirus. Mi hanno reso orgogliosa della nostra professione e mi hanno fatto rendere ancor più conto che non importa ciò che fai, ma quanto amore ci metti nel farlo.
E per ultima, ma non per questo meno importante, voglio ringraziare me stessa: per essere sempre stata determinata, tenace e con le idee chiare su quale sarà il mio futuro, per non aver pensato nemmeno per un secondo di mollare, quando alcune persone incontrate durante il cammino cercavano di mettermi i bastoni tra le ruote e farmi dubitare di me. Le ringrazio perchè mi hanno dato ancora più forza.
Quando ti prefiggi un obiettivo e combatti per ottenerlo, il risultato è importante, ma non sarà mai importante come la soddisfazione di non aver mai mollato e di aver lottato fino alla fine.
Concludo riportando la frase di un celebre film:
"Quando curi una malattia puoi vincere o perdere. Quando ti prendi cura di una persona vinci sempre".
Questo fanno gli infermieri. Questo farò io.