



Università Politecnica delle Marche

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche Ostetriche

Presidente Prof.ssa Emilia Prospero

**Implementazione delle competenze infermieristiche avanzate:
il punto di vista dei Dirigenti Infermieristici della Regione
Marche**

Relatore: Dott.ssa Gilda Pelusi

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'G. Pelusi', with a long horizontal stroke extending to the left.

Studentessa: Esti Perrenjasi

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Esti Perrenjasi', written in a cursive style.

Indice

Capitolo 1. Introduzione.....	pag.3
1.1 Ricerca bibliografica.....	pag.3
1.2 Il quadro internazionale.....	pag. 4
1.2.1 Nurse Practitioner.....	pag.5
1.2.2 Clinical Nurse Specialist.....	pag. 6
1.2.3 Nurse Therapist.....	pag.8
1.2.4 Pediatric Nurse.....	pag.10
1.3 Quadro legislativo italiano.....	pag.11
Tabella 1 - Istruzione e competenze degli infermieri specialisti in Usa e in Canada.....	pag.13
Tabella 2 -Istruzione e competenze degli infermieri specialisti in UK e in Australia.....	pag. 14
1.4 La delibera della regione Veneto.....	pag.15
1.5 Il documento delle regioni.....	pag.17
Capitolo 2. Obiettivi.....	pag.19
Capitolo 3. Materiali e Metodi.....	pag.19
3.1 Disegno dello studio.....	pag.19
3.2 Campione e setting temporale.....	pag.19
3.3 Metodologia di raccolta dati.....	pag.20
3.4 Domande guida delle interviste.....	pag.20
3.5 Setting.....	pag. 21
3.6 Autorizzazioni e consensi.....	pag. 21
3.7 Metodologia di analisi dei dati.....	pag. 21
Capitolo 4. Risultati.....	pag. 21
Tabella 3 Risultati.....	Pag. 22
4.1 Accogliere nuove risorse	pag. 22
4.2 Strategie di reclutamento	pag. 25
4.3 Percezioni rispetto al contesto regionale	pag.26
4.4 Desiderio di nuovi riconoscimenti	pag. 28
4.5 Pensieri riguardo l'infermiere esperto.....	pag.29
Capitolo 5. Discussione.....	pag. 30
5.1 Criticità dello studio	pag. 31
Capitolo 6. Conclusione.....	pag. 32
Capitolo 7. Bibliografia.....	pag. 33
Allegato 1. Scheda Informativa.....	pag. 36
Allegato 2. Consenso informato.....	pag. 38

1. Introduzione

Si parla di Infermiere Specialista sin dalla legge 43 del 1° febbraio 2006, la quale in conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari articola il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie in quattro categorie. La prima categoria delinea professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente, ovvero l'infermiere responsabile dell'assistenza infermieristica. La seconda categoria delinea professionisti coordinatori in possesso del *master* di primo livello in *management* per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università, ovvero il coordinatore infermieristico che coordina il personale infermieristico di una determinata Unità Operativa. La quarta categoria delinea un'altra figura che vediamo nella realtà di tutti i giorni, professionisti dirigenti in possesso della laurea magistrale e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni ⁽¹⁾, ovvero la figura del dirigente infermieristico. Infine, la legge 43 del primo febbraio 2006 delinea un ulteriore professionista, quello *specialista* in possesso del *master* di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università, che non ha un ruolo preciso e ben delineato. Sono professionisti le cui abilità specialistiche non sempre vengono valorizzate al meglio, in quanto spesso vengono assegnati a strutture dipartimentali ospedaliere che richiedono competenze diverse rispetto a quelle acquisite tramite il master. Infatti, a livello infermieristico, con l'eccezione della figura del coordinatore infermieristico, che sviluppa una competenza più manageriale che clinica, non esiste un riconoscimento formale delle competenze acquisite. ⁽²⁾

Non c'è dubbio che le competenze avanzate servano e siano spendibili in molti contesti ⁽³⁾ (ormai quasi non esistono più i reparti generali, ma anche le medicine si stanno differenziando in base all'intensità di cura degli utenti), come anche che gli attuali percorsi formativi avanzati non siano molto orientati alla clinica. ⁽⁴⁾ Il problema centrale è il riconoscimento di una progressione di carriera (e inevitabilmente anche economica) che tenga conto dell'esperienza e delle competenze.

1.1 Ricerca bibliografica

Inizialmente è stata condotta una revisione sistematica della letteratura disponibile sull'argomento allo scopo di riuscire ad avere un quadro complessivo della situazione attuale italiana ed estera. Si è indagato per quanto riguarda la situazione estera su quali siano i professionisti specialisti ed esperti nei maggiori paesi industrializzati, qual è il loro percorso di istruzione e come vengono riconosciute e valorizzate le loro competenze. Per quanto riguarda il quadro italiano invece si è approfondita la conoscenza del Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro per quanto riguarda il comparto sanità.

Sono stati individuati i vari professionisti previsti dalla legislazione italiana e come il Contratto è stato rispettato dalle varie regioni italiane.

La ricerca di letteratura è stata condotta mediante il database elettronico PubMed, utilizzando parole chiave libere e Mesh: *Clinical Nurse Specialist, Advanced Nurse Practice, Nurse Practitioner, Nurse Therapist, Pediatric Nurse, European recognition* con l'operatore booleano AND nel titolo, corpo e abstract. La stringa di ricerca usata è stata "nurse specialist AND advanced nurse practice AND recognition" con 63 articoli come risultato. Alla ricerca sono stati applicati filtri come "ultimi 20 anni" e "full text" rimanendo con 48 articoli come risultato. Di questi, 26 articoli sono stati esclusi per non pertinenza del titolo. Gli abstract degli articoli rimanenti sono stati analizzati escludendone altri 12 per abstract non pertinente. Alla fine, sono stati presi in considerazione dieci articoli.

In più sono state consultate riviste scientifiche di ricerca, tra cui la rivista scientifica Assistenza Infermieristica e Ricerca (AIR). E' stata analizzata anche la legislazione italiana sull'argomento consultando dalla legislazione sulla tematica ai documenti ufficiali come il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al personale del comparto sanità triennio 2016-2018 e la Proposta di documento recante percorsi applicativi degli articoli 16-23 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro 2016-2018 del comparto sanità relativamente agli incarichi di funzione di tipo professionale, ovvero la risposta delle regioni italiane del 20 febbraio 2020.

1.2 Il quadro internazionale

La storia ha insegnato che dall'infermiere unico si è passati a figure con competenze, ruoli e percorsi formativi diversi. Il bisogno di acquisire competenze avanzate è sempre stato presente. La letteratura internazionale ha continuato a produrre evidenze sull'importanza dell'avanzamento di ruoli clinici nell'infermieristica e sulle ricadute positive per gli esiti dei pazienti del tempo di contatto infermiere paziente. ⁽⁵⁾ In altri contesti, con un numero di medici inferiore rispetto a quello in Italia, questo avanzamento di competenze sta avvenendo in modo quasi fisiologico. ⁽⁶⁾ Le funzioni prima ricoperte dalle Nurse Practitioners (che stanno diventando sempre più simili a quelle del medico), sono ora ricoperte dalle infermiere (Registered Nurses) che stanno occupando un ruolo sempre più importante nelle cure primarie: gestione dei pazienti con malattie croniche e sostegno nell'adozione di comportamenti corretti e nella gestione della terapia (modificata in base protocolli concordati con il medico); coordinamento di equipe per la gestione dei casi complessi e poli patologici; coordinamento dell'assistenza tra i servizi, ed in particolare nella transizione tra ospedale e territorio. E i risultati sui pazienti di questi cambiamenti sembrano essere molto promettenti. ⁽⁷⁻⁸⁾ Ma chi è in realtà il Nurse Practitioner? Si riportano in seguito le principali figure infermieristiche con le varie competenze nei principali paesi industrializzati.

1.2.1 Nurse Practitioner

Il Nurse Practitioner è un infermiere con competenze avanzate addestrato a valutare le esigenze dei pazienti, ordinare e interpretare test diagnostici e di laboratorio, diagnosticare malattie, formulare e prescrivere piani di trattamento. Secondo l'American Association of Nurse Practitioners, gli NP sono istruiti a livello universitario per fornire "cure primarie, acute, croniche e specialistiche a pazienti di tutte le età", a seconda del loro campo di pratica. ⁽⁹⁾ L'ambito di pratica per un NP è definito dalla giurisdizione legale ed è diverso da nazione a nazione. ⁽¹⁰⁻¹¹⁾ In alcuni luoghi, i NP devono lavorare sotto la supervisione di un medico e in altri luoghi possono esercitare in modo indipendente. ⁽¹²⁾ Il concetto di Nurse Practitioner è stato creato a metà degli anni '60 negli Stati Uniti, spinto da una carenza nazionale di medici. ⁽¹³⁾ Successivamente tale concetto si è espanso fino a raggiungere il Canada (1990), l'Australia (2000), il Regno Unito (2004) ecc. Diventare un infermiere practitioner (NP) richiede esperienza come Registered Nurse (figura professionale equivalente al nostro infermiere professionale in possesso della laurea triennale) oltre a una formazione specifica in un determinato ambito, stesso modello seguito anche dal Canada dove però la differenza fondamentale è il fatto che manca la protezione giuridica del titolo e del ruolo, per tanto il numero proporzionale di specialisti clinici è inferiore a quello degli Stati Uniti. Vale la pena notare che il Canada non ha standard nazionali né per il Nurse Practitioner né per il ruolo di infermiere specialista clinico. C'è quindi incoerenza all'interno e tra le province nella preparazione educativa a questi ruoli.

Il discorso è diverso per quanto riguarda il sistema inglese. La contrattazione collettiva nazionale prevede la differenziazione della categoria infermieristica in 5 fasce retributive, dal band 5 al band 9. La Band 8, a sua volta, presenta al suo interno ulteriori articolazioni. Un neoassunto inizierà dalla band 5, quella che identifica lo staff nurse. All'interno di ogni fascia, poi, esiste una progressione economica legata all'anzianità di servizio, mentre il "salto" da una fascia a quella superiore è legato al superamento di un colloquio. In genere, ma non necessariamente, l'avanzamento è legato al superamento od alla avviata frequentazione di corsi avanzati, come un post graduate degree certification, ovvero un corso specialistico della durata di alcuni mesi fino ad un anno, che consente il riconoscimento della qualifica di nurse specialist in una determinata branca, come quella anestesiological, intensiva, oftalmica e così via. Il band 7 si identifica con il Nurse Practitioner, infermieri esperti che hanno conseguito e superato un corso di alta specializzazione clinica nella disciplina in cui esercitano quotidianamente la loro professione. Si tratta di corsi universitari, con durata variabile a seconda delle Università che li mettono a disposizione, ma in genere di durata annuale. L'iscrizione, di norma, è interamente finanziata dall'azienda di appartenenza, che può scegliere di vincolare questa concessione alla permanenza del dipendente per un determinato periodo

di tempo. Qui i nurse practitioners possono elaborare diagnosi mediche, eseguire interventi chirurgici minori, gestire in totale autonomia i see and treat in Pronto Soccorso e persino prescrivere farmaci o richiedere prestazioni diagnostiche, come un'ecografia o un esame radiologico, oppure ancora prelievi ematici.

In Australia invece l'impulso per gli infermieri practitioner è avvenuto a causa della carenza di medici nelle aree rurali e remote che, si pensava, potessero essere sostituiti da infermieri appositamente formati. ⁽¹⁴⁾ Sono stati istituiti progetti pilota di Nurse Practitioner in aree rurali remote, ostetricia, screening per donne in buona salute, servizi di emergenza, servizio per uomini senza tetto in città e studio medico generale. Le valutazioni hanno indicato che erano fattibili e che i Nurse Practitioners erano sicuri ed efficaci nella fornitura di servizi sanitari di qualità. Sono stati apportati emendamenti agli atti pertinenti del parlamento per proteggere il titolo di infermiere practitioner, per concedere diritti di fornitura agli Nurse Practitioners per le sostanze nelle sezioni dei programmi sui veleni e per dispensare i farmaci prescritti dagli NP. L'anno 2000 ha visto i primi Nurse Practitioners accreditati in Australia e nel 2005 l'Australian Nursing Midwifery Council ha approvato gli standard di competenza per Nurse Practitioner per l'implementazione nei territori. ⁽¹⁵⁾ Le competenze proprie del nurse practitioner in Australia sono principalmente la capacità diagnostica, la prescrizione e implementazione di interventi terapeutici, la pianificazione della cura, la valutazione dei risultati e il miglioramento della pratica.

1.2.2 Clinical Nurse Specialist

Il Clinical Nurse Specialist è un infermiere di pratica avanzata in grado di fornire consulenza esperta relativa a condizioni specifiche o percorsi di trattamento. Secondo l'International Council of Nurses (ICN), il Clinical Nurse Specialist è un infermiere che ha acquisito la base di conoscenze esperte, abilità decisionali complesse e competenze cliniche per la pratica estesa, le cui caratteristiche sono modellate dal contesto e/ o il paese in cui ha le credenziali per esercitare. ⁽¹⁶⁾ I Clinical Nurse Specialist gestiscono l'assistenza di popolazioni complesse e vulnerabili, istruiscono e supportano il personale interprofessionale per fornire un'assistenza ottimale attraverso l'uso delle migliori prove e facilitano una cultura della sicurezza all'interno dei sistemi sanitari. Il ruolo del Clinical Nurse Specialist dipende dalle attività attribuite individuali dell'infermiere di pratica avanzata, dal contesto della struttura pratica e dalle caratteristiche della popolazione di pazienti.

In Canada sono professionisti che hanno un master o un dottorato in infermieristica, conoscenze e abilità infermieristiche approfondite ed esperienza clinica in un'area specializzata. ⁽¹⁷⁾ Poiché la pratica è dinamica, le competenze per il ruolo cambieranno nel tempo in risposta ai bisogni di salute

della popolazione e all'evoluzione della pratica e degli ambienti sanitari. I vari ruoli del CNS in Canada possono essere suddivisi in cinque aree: Area medica, fornire assistenza esperta conducendo valutazioni dettagliate, creando piani di assistenza e intervenendo in situazioni complesse; Consulente, utilizzando l'esperienza nella loro specialità clinica per supportare tutti gli stakeholder (Es., Infermieri regolamentati, responsabili politici e altri fornitori di assistenza sanitaria) e promuovere risultati positivi per i clienti; Educatore, educare clienti, infermieri, studenti e altri operatori sanitari sull'uso della pratica basata sull'evidenza; Ricercatore, assicurando che la loro pratica applichi cure basate sull'evidenza nel modo più efficace pur essendo leader in ogni aspetto della ricerca; e infine Leader, promuovere il progresso della loro specialità e fornire leadership clinica come agente di cambiamento nella loro pratica.

Negli Stati Uniti d'America molto similmente il Clinical Nurse Specialist offre assistenza diretta al paziente, collabora con altro personale infermieristico, educa come docente o consulente, esegue ricerche sulle pratiche infermieristiche. La novità americana a partire dal 2018 è il fatto che i CNS devono ricertificare tramite l'ANCC (American Nurses Credentialing Center) ogni cinque anni. Per essere idoneo alla ricertificazione, il CNS deve completare almeno 150 ore di formazione continua, il 51% delle quali deve essere nella specialità prescelta dal CNS e 25 ore devono essere in farmacoterapeutica. ⁽¹⁸⁾

In Inghilterra il Clinical Nurse Specialist viene classificato come band 6, quindi per salire di livello eseguono corsi di formazione della durata di diversi mesi fino a un anno con finale certificazione, scelti lavorativamente attraverso il colloquio. ⁽¹⁹⁾ Sono esperti in EBNP in un'area specialistica e trattano per lo più pazienti cronici o comunque pazienti long-term. Questo è un punto di scontro con la stessa figura professionale in Australia.

Di fatti un clinical nurse specialist in Australia è una posizione infermieristica senior con conoscenze specialistiche in cure acute. Il ruolo di un Clinical Nurse Specialist implica l'utilizzo della ricerca per migliorare la pratica clinica, guidare e educare il personale e analizzare problemi di salute complessi nel campo prescelto. Innanzitutto, il loro ruolo è osservare i cambiamenti e il deterioramento della salute, interpretare i dati clinici, diagnosticare e analizzare problemi di salute complessi e determinare un piano di trattamento per pazienti gravemente malati o feriti. Un CNS agisce come leader nella propria area specializzata ed è responsabile dell'elaborazione delle migliori pratiche cliniche, attraverso la ricerca basata sull'evidenza. L'assistenza infermieristica clinica è un lavoro faticoso fisicamente ed emotivamente poiché richiede di lavorare su pazienti con lesioni gravi o complesse o problemi di salute. Dedizione ed empatia sono tra le qualità personali importanti per perseguire questa linea di lavoro. Una comunicazione eccellente è necessaria come infermieri clinici. Dovresti essere in grado di comunicare e trasmettere le informazioni in modo chiaro ai medici e alle famiglie dei

pazienti. Assumendo un ruolo di infermiere senior, dovrebbero anche avere buone capacità di leadership. Inoltre, devono essere prudenti e avere una buona capacità decisionale che è indispensabile durante le situazioni di emergenza. Per diventare un infermiere clinico in Australia, devi essere un infermiere con una qualifica di master degree ed esperienza pratica all'interno della specializzazione desiderata. Può anche essere richiesto un dottorato per coloro che desiderano condurre ulteriori ricerche. ⁽²⁰⁾

1.2.3 Nurse Therapist

Uno psicoterapeuta infermiere in America svolge lo stesso lavoro di qualsiasi altro psicoterapeuta istruito, utilizzando metodi psicologici e di consulenza per assistere nei cambiamenti comportamentali e della salute mentale. Di solito il fatto di essere infermiere incorpora una qualche forma di consulenza sanitaria all'interno della definizione di pratica infermieristica. L'infermiere Therapist sviluppa una diagnosi infermieristica e un piano di cura, implementa il processo infermieristico e ne valuta l'efficacia. Gli infermieri con pratica avanzata in salute mentale psichiatrica offrono servizi di assistenza primaria alla popolazione psichiatrica-psichica. Essi valutano, diagnosticano e trattano individui e famiglie con disturbi psichiatrico il potenziale di tali disturbi utilizzando tutto il loro ambito di capacità terapeutiche, compresa la prescrizione di farmaci e la somministrazione di psicoterapia. Inoltre, possiedono spesso studi e società privati, nonché consultano gruppi, comunità, legislatori. La psicoterapia può essere eseguita con individui, famiglie e gruppi. Le aree di specializzazione possono includere infermieristica di salute mentale di bambini e adolescenti, infermieristica gerontologico-psichiatrica, medicina legale o disturbi da uso di sostanze. Alcuni professionisti sono specializzati nel ruolo di consultazione-collegamento, fornendo consulenza e servizi a pazienti e famiglie con problemi di salute mentale e fisica molteplici e complessi. Altri sono specializzati in ruoli di assistenza sanitaria collaborativa e integrativa con i fornitori di cure primarie. Gli infermieri con pratica avanzata in Psicoterapia ottengono un master o un dottorato in infermieristica psichiatrica-mentale. La certificazione può essere ottenuta da organizzazioni di credenziali come l'American Nurses Credentialing Center o attraverso vari organismi di certificazione al di fuori dell'assistenza infermieristica. Alcuni tipi di psicoterapia hanno una formazione esperienziale supplementare non di laurea e quindi "certificano" il professionista in una particolare modalità -ad esempio, la formazione in terapia cognitivo comportamentale. Questi professionisti possono ottenere anche titoli aggiuntivi che li preparano a lavorare come professori, ricercatori o amministratori. L'autorità pratica varia a seconda dello stato degli Stati Uniti in cui il professionista esercita. L'America specifica la distinzione tra un Nurse Therapist, uno psicologo, uno psichiatra e un assistente sociale, senza creare "overlapping" tra professioni. Ad esempio, tutte queste

posizioni di solito fanno psicoterapia. Gli infermieri psichiatrico-mentali sono laureati in infermieristica. Ciò significa che il processo infermieristico è la base del modo in cui praticano. I Nurse Therapists e gli psichiatri possono prescrivere, mentre gli psicologi e gli assistenti sociali no. Gli psicologi sono addestrati a fare test psicologici e i membri delle altre tre discipline non sono formati in questo modo. Tutti questi diversi fornitori di servizi psichiatrici possono esercitare in modo indipendente o lavorare insieme.

Per quanto riguarda il Canada, il confronto con gli Stati Uniti è paradossalmente molto diverso. Il riconoscimento della pratica infermieristica psichiatrica avanzata negli Stati Uniti e in Canada è differente. Gran parte di questa differenza può essere spiegata in termini di storia. Durante gli anni '70 e '80, i corsi di laurea negli Stati Uniti hanno sviluppato un gruppo di infermiere psicoterapeuti altamente qualificati che sono stati riconosciuti da altri professionisti come professionisti competenti. Il Canada non ha una tradizione di psicoterapeuti infermiere e certamente nessun riconoscimento formale della pratica avanzata come esiste negli Stati Uniti. I programmi di Mental Nursing sono apparsi negli anni '90 ma senza la designazione formale di infermiere di salute mentale. I laureati di questi programmi lavorano a livello di Clinical Nurse Specialist spesso all'interno di contesti istituzionali tradizionali o in ruoli amministrativi. Esistono alcune posizioni nelle agenzie della comunità. Gli infermieri che desiderano competenze psicoterapiche avanzate seguono corsi in autonomia presso Istituti di Psicoterapia di Gruppo, Terapia Cognitiva, Terapia Psicodinamica, Terapia Familiare e poi, spesso con difficoltà, trovano posizioni dove poter dimostrare le proprie capacità. Ma queste posizioni non sono basate sulla loro preparazione come infermiere di pratica avanzata, ma piuttosto sulle loro altre abilità. ⁽²¹⁾ L'unica certificazione esistente per gli infermieri specializzati in infermieristica di salute mentale è a livello di competenza di base, che richiede un minimo di due anni di esperienza dopo l'istruzione di base. Il Canada non ha un'organizzazione di certificazione avanzata. Il risultato netto è una mancanza di tradizione a sostegno della pratica avanzata e una mancanza di considerazione da parte di altri professionisti che esiste un ruolo per gli infermieri a livello di pratica avanzata. Per questo motivo in Canada sono pochi gli infermieri specializzati in pratica avanzata e di conseguenza la capacità di fare pressione per il cambiamento è difficile e spesso vista come elitaria. In Inghilterra anche viene prevista una figura professionista di Mental Health Nurse, appartenente solo alla band cinque della classifica inglese. Il suo ruolo sarebbe promuovere e sostenere il recupero di una persona e consentire loro di avere un maggiore coinvolgimento e controllo sulla loro condizione, costruire relazioni efficaci con le persone che utilizzano i servizi e anche con i loro parenti e accompagnatori. Rientra nella loro competenza aiutare una persona a prendere i farmaci correttamente (quindi non prescriverli, realtà possibile solo negli Stati Uniti), orientare il paziente su terapie o attività sociali pertinenti. Il successo deriva dalla capacità

di stabilire rapidamente relazioni di fiducia, per aiutare le persone a comprendere la loro situazione e ottenere il miglior risultato possibile. Sono professionisti formati sul contesto legale del lavoro e sono anche in grado di identificare se e quando qualcuno potrebbe essere a rischio di danneggiare se stesso o qualcun altro. Gli infermieri di salute mentale di solito hanno sede negli ospedali o nella comunità, poiché è qui che viene offerta la maggior parte dell'assistenza sanitaria mentale. Per diventare un infermiere di salute mentale in Inghilterra bisogna formarsi e studiare a livello di laurea, attraverso un corso universitario a tempo pieno o un apprendistato per infermiere.

1.2.4 Pediatric Nurse

Per quanto riguarda la professione Infermieristica Pediatrica, essa ricade, insieme alle altre professioni sanitarie ad eccezione di quella ostetrica, sotto le disposizioni della direttiva 89/48/EEC dell'Unione Europea (direttiva generale per il riconoscimento delle professioni con educazione universitaria di primo livello di almeno 3 anni). Essa stabilisce che il riconoscimento avviene su richiesta all'autorità statale preposta che può richiedere un esame e un tirocinio di adattamento. Non vengono stabiliti requisiti minimi per la formazione. In Gran Bretagna la professione di Infermiere Pediatrico è regolata per legge fin dal 1919 e definita come una professione distinta. Dopo il secondo conflitto mondiale si è sviluppato un lungo dibattito sull'argomento. La leadership infermieristica, forte di circa mezzo milione di Infermieri di cure generali sosteneva che la piccola pattuglia della professione infermieristica pediatrica doveva gradualmente andare a scomparire. Il dibattito, assai acceso, fu risolto con la riforma della professione infermieristica della fine degli anni 90, il cosiddetto "Project 2000". Un organo centralizzato, lo United Kingdom Central Council for Nursing Midwifery and Health Visiting (UKCC) sovrintende alla registrazione dei professionisti sanitari e stabilisce gli standard minimi di formazione per essere ammessi ai diversi "ruoli" del registro delle professioni sanitarie. Prima della riforma erano previsti undici ruoli diversi, di cui alcuni da tempo inattivi e ad esaurimento. Il Nurses Midwives and Health Visitors Act del 1997 ha riordinato le professioni infermieristiche creando 4 nuovi ruoli all'interno del registro nazionale, di fatto quattro tipi di Branch Nurses: lo Adult Nurse, il Children Nurse (quindi l'infermiere pediatrico), il Mental Health Nurse ed il Disability Nurse. I professionisti possono essere iscritti a uno dei quattro ruoli dopo aver completato un corso di studi universitario di base di 3 anni, con un percorso comune di 3 trimestri che poi si differenzia in quattro indirizzi.

In Irlanda il Nurses Act del 1985 aveva stabilito che la professione Infermieristica Pediatrica divenisse una qualificazione post base a cui si poteva accedere a seguito di un corso di specializzazione successivo al percorso generalista di base. Alla prova dei fatti questa scelta si è

rivelata fallimentare perché sono venute rapidamente e progressivamente a mancare le iscrizioni ai corsi post-base e si è creata una crisi dell'assistenza infermieristica in area pediatrica. Nel 2005, il rapporto di una Commissione governativa istituita ad hoc (Expert Group on Midwifery and Children's Nursing Education) è giunta alla decisione di ripristinare il percorso formativo di base dell'Infermieristica pediatrica. Tuttavia, è stato anche deciso che venga mantenuta la possibilità parallela di accesso alla Professione Infermieristica Pediatrica attraverso una specializzazione successiva al percorso formativo generalista di base.

In Germania una legge del 1985 (Kranken pflegegesetz) ha definito tre professioni infermieristiche di base. Tra di esse, quella di Infermiere Pediatrico (Kinder kranken schwester). Il titolo viene acquisito al termine di un corso triennale di 4600 ore.

In Austria una legge del 1997 (Bundesgesetz über Gesundheits-und Krankenpflegeberufe) ha anch'essa definito tre professioni infermieristiche. Una di esse è quella di infermiere pediatrico, conseguita al termine di un corso triennale di 4600 ore. ⁽²²⁾

Sono state previste specializzazioni pediatriche post-laurea a cui accedono gli infermieri di cure generali in Francia, Spagna, Portogallo, Grecia, Svezia, Olanda e Finlandia. Anche in Belgio la situazione è analoga ma è possibile la scelta di un indirizzo pediatrico al terzo anno del corso di infermieristica di base. Le norme professionali danesi non prevedono l'ambito pediatrico né al livello di formazione di base né al livello post-base.

Gli infermieri pediatrici forniscono cure preventive e acute in tutti i contesti a bambini e adolescenti. Gli infermieri pediatrici eseguono esami fisici, diagnosticano malattie e lesioni e forniscono istruzione e supporto alle famiglie dei pazienti. Spesso lavorano nell'Unità di Terapia Intensiva Pediatrica (PICU) con pediatri e altri operatori sanitari. Negli Stati Uniti d'America gli infermieri pediatrici hanno una laurea quadriennale in infermieristica e una certificazione specifica di Pediatric Nurse.

Come per tutte le carriere infermieristiche, si prevede che la domanda di infermieri pediatrici aumenterà notevolmente nei prossimi dieci anni. In generale, maggiore è la formazione, le certificazioni e l'esperienza di un infermiere, maggiore sarà la domanda per le sue competenze. ⁽²³⁾

1.3 Quadro legislativo italiano

Il CCNL comparto sanità 2016/2018 agli artt. 14-23 introduce una nuova disciplina degli incarichi, denominati incarichi di funzione, per lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevate responsabilità aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della

categoria e del profilo di appartenenza. Questi incarichi sono distinti nel CCNL in organizzativi e professionali; questi ultimi, attribuibili al personale sanitario ex L. 1 febbraio 2006, n. 43 e agli assistenti sociali, sono istituiti nell'ambito delle specifiche aree di intervento delle professioni sanitarie e in relazione alle aree di formazione complementare post diploma per l'esercizio di compiti aggiuntivi e/o maggiormente complessi che richiedono significative, elevate ed innovative competenze professionali rispetto a quelle del profilo posseduto. Tali compiti derivano dalle specifiche modalità di impiego delle professionalità presenti nelle organizzazioni sanitarie. L'attenzione si concentra principalmente su due figure di professionisti: *l'infermiere specialista*, requisito fondamentale del quale è il possesso del master specialistico di primo livello, e *l'infermiere esperto*, contraddistinto dall'aver acquisito competenze avanzate tramite percorsi formativi complementari regionali ed attraverso l'esercizio di attività professionali riconosciute dalle stesse regioni. ⁽²⁴⁾ Si deduce che un infermiere con competenze avanzate sulla gestione dei cateteri venosi centrali può essere un infermiere specialista se ha acquisito queste competenze tramite un master specialistico o ugualmente può essere un infermiere esperto se ha acquisito queste competenze avanzate tramite un percorso formativo complementare regionale e ha dell'esperienza riconosciuta. Il costo di un master in Italia è simile a quello di un Master degree europeo (9000 euro in media nel Regno Unito, molto meno in altri paesi come Francia, Paesi Bassi o Belgio) che, corrispondente ad una laurea magistrale in Europa, ritarda ulteriormente l'età dei partecipanti rispetto a quella degli studenti europei. Al contrario le ore dedicate ai percorsi formativi regionali vengono considerate ore lavorative. Considerata la potenziale offerta di master definita dall'Osservatorio nazionale per le professioni sanitarie che ha elaborato un elenco di circa 90 master, per 21 delle 22 professioni sanitarie (non risultano proposte per gli Educatori professionali sociosanitari), le Regioni ritengono che i percorsi formativi complementari regionali, possano avere una tipologia legata alle problematiche organizzativo-assistenziali delle aziende sanitarie locali. ⁽²⁵⁾

L'infermiere esperto e l'infermiere specialista sono comunque due figure professionali che promettono di apportare notevoli vantaggi al sistema nazionale sanitario sia in termini di efficienza e qualità del servizio, sia in termini economici. Il nuovo CCNL, infatti, vuole dare un programma alla futura organizzazione di tutti i professionisti della sanità per una sempre più completa valorizzazione delle figure sanitarie. Permettere all'infermiere di occuparsi della gestione del paziente dopo che il medico ne ha stabilito la diagnosi e redatto la terapia farmacologica significa permettere all'infermiere di riappropriarsi della dimensione clinica del paziente, curarlo il prima e il meglio possibile permettendo al medico di concentrarsi su quello che il suo ruolo compete. Con notevoli vantaggi di tempo e di risparmio economico per le aziende sanitarie. ⁽²⁶⁾

L'istruzione e le competenze degli infermieri specialisti nei maggiori paesi industrializzati sopra citati vengono riassunti nella Tabella 1 e nella Tabella 2.

Tabella 1 - Istruzione e competenze degli infermieri specialisti in Usa e in Canada

	USA	USA	Canada	Canada
	Istruzione	Competenze	Istruzione	Competenze
NP	Laurea come RN + esperienza+ formazione specifica	Cambia da stato a stato, generalmente esaminare legalmente i pazienti, diagnosticare malattie, prescrivere alcuni farmaci e fornire cure	Laurea come RN + esperienza+ formazione specifica	Diagnosticare, ordinare e interpretare autonomamente i test diagnostici, prescrivere prodotti farmaceutici ed eseguire procedure specifiche nell'ambito del loro ambito di pratica legale
CNS	Preparazione post laurea (magistrale o dottorato)	Gestire l'assistenza di popolazioni complesse e vulnerabili, istruire e supportare il personale interprofessionale per fornire un'assistenza ottimale attraverso l'uso delle migliori prove e facilitano una cultura della sicurezza all'interno dei sistemi sanitari	Master degree o dottorato, conoscenze e abilità infermieristiche approfondite Esperienza clinica in un'area specializzata	Esperti in area medica, consulenti, educatori, ricercatori, leader
Nurse Therapist	Master avanzati e dottorati in infermieristica psichiatrica mentale	Offrono servizi di assist. primaria alla popolazione psichiatrica/psichica, possono prescrivere psicofarmaci	Istruzione di base + minimo due anni di esperienza in campo	Interventi di ricreazione terapeutica individuale e di gruppo a pz con disturbi psichiatrici complessi con disturbi comportamentali
Pediatric Nurse	Laurea quadriennale in infermieristica + certificazione per infermieri pediatrici	Eseguono esami fisici, diagnosticano malattie e lesioni e forniscono istruzione e supporto alle famiglie dei pazienti	Certificazione canadese in infermiere pediatrico	Conoscenze e abilità specialistiche per essere in grado di prendersi cura efficacemente dei bambini in una varietà di fasi dello sviluppo.

Tabella 2 - Istruzione e competenze degli infermieri specialisti in Uk e in Australia

	UK	UK	Australia	Australia
	Istruzione	Competenze	Istruzione	Competenze
NP	Corso di alta specializzazione clinica in un det. ambito (band 7)	Elaborare diagnosi mediche, eseguire interventi chirurgici, gestire in totale autonomia i see and treat in Pronto Soccorso e prescrivere farmaci o richiedere prestazioni diagnostiche o esami ematici	3 anni di esperienza come RN+ un master infermieristico post-laurea che include valutazione sanitaria avanzata, farmacologia per la prescrizione , terapie e diagnostica e ricerca	Capacità diagnostica, prescrivono e implementano interventi terapeutici, pianificano la cura, valutano i risultati e migliorano la pratica.
CNS	Band 6, corsi di formazione e certificazione, scelti attraverso il colloquio	Trattano pazienti cronici, esperti in EBNP in un'area specialistica	Master degree+ esperienza clinica nella specializzazione desiderata	Conoscenze specialistiche in cure acute, l'uso dell'evidenza della pratica clinica.
Nurse Therapist	Laurea universitaria full time o un nursing degree apprendistato	Promuovere e sostenere il recupero di una persona e consentirle di avere un maggiore coinvolgimento e controllo sulla propria condizione.	Master of Nursing in materia	Lavora in ambito di salute mentale
Pediatric Nurse	Un corso specifico di 3 trimestri di Pediatric Nurse	Band 5 o 6, abilità e conoscenze specifiche per lavorare con bambini e adolescenti	Certificato di completamento del corso di infermieristica pediatrica specializzato	Fornitura di cure infermieristiche per neonati, bambini piccoli e pazienti adolescenti

1.4 La delibera della regione Veneto

La prima a procedere e ad applicare il Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro è stata la regione Veneto, la quale il 29/10/2019 ha elaborato la Deliberazione della Giunta regionale n. 1580 con oggetto: “Istituzione dei percorsi di formazione complementare regionale per l’acquisizione di competenze avanzate in applicazione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto sanità 21 maggio 2018 -artt. 14-23 e approvazione di tre progetti pilota di percorso formativo complementare regionale per lo sviluppo di competenza avanzata.”⁽²⁷⁾ Nella Delibera la regione Veneto “critica” in parte il Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro, in quanto questo ultimo, definendo esclusivamente i requisiti per l’attribuzione e denominando gli incarichi in maniera diversa, sembra prospettare due diversi percorsi di sviluppo e valorizzazione dei professionisti senza tuttavia indicare diversi ambiti di competenza per lo specialista e per l’esperto. Per quanto riguarda le procedure di attribuzione degli incarichi professionali, le aziende sanitarie potranno avvalersi sia di avvisi per l’attribuzione di incarichi professionali di tipo esperto o specialistico, sia in fase di prima applicazione del CCNL e in via transitoria, indire avvisi unici per l’attribuzione di incarichi professionali per un determinato ambito di competenza avanzata/specialistica. Questa seconda opzione, che consente di selezionare il candidato più competente tra i professionisti con formazione complementare regionale e i professionisti in possesso di master, permetterebbe anche la valorizzazione di progetti di sviluppo organizzativo e professionale già implementati nelle aziende sanitarie. Allo scopo di avviare i percorsi di formazione complementare regionale e rendere possibile l’applicazione delle previsioni contrattuali la regione Veneto ha incaricato un gruppo di lavoro, composto da personale sanitario e amministrativo della Direzione Risorse Strumentali del Sistema Sanitario Regionale e della Direzione Formazione e Sviluppo delle professioni sanitarie di Azienda Zero, di definire gli standard minimi dei percorsi di formazione complementare regionale e il profilo di competenze del professionista esperto e gli ambiti di competenze avanzate/specialistiche, che nel loro insieme possano concorrere a soddisfare in maniera armonica i bisogni di salute di cui il Sistema Sanitario Regionale è tenuto a rispondere. Per definire il profilo di competenze del professionista esperto il gruppo di lavoro ha realizzato un approfondimento mediante la consultazione della letteratura internazionale in materia che ha evidenziato i seguenti aspetti: non è delineata una netta distinzione tra la competenza avanzata e quella specialistica, mentre i termini “competenza e pratica avanzata” sono utilizzati per indicare sia l’attuazione di pratiche specialistiche, intese come attività su specifici settori professionali, sia di pratiche su ampi settori per la presa in carico di problemi complessi; vi è concordanza sul fatto che l’acquisizione di competenze avanzate richieda esperienza professionale specifica e percorsi formativi dedicati, non necessariamente di livello universitario, con

contenuti riconducibili alle aree, indicate come “core”, della pratica clinica, leadership e management, educazione, ricerca e consulenza nell’ambito specifico.

Alla base di queste considerazioni la regione Veneto differenzia diversi livelli di competenza dell’infermiere professionista. Si definisce competenza di livello base quella del professionista sanitario neo-inserito in una specifica area, competenza di livello 1 quella maturata dal professionista sanitario a seguito di esperienza professionale in una particolare area, anche attraverso formazione specifica, e competenza di livello 2 quella maturata dal professionista che ha sviluppato competenza di livello 1 e che acquisisce competenze avanzate con percorsi formativi complementari regionali, oppure quella maturata dal professionista sanitario che ha frequentato percorsi formativi riconoscibili come equivalenti ai percorsi di formazione complementare regionale e che già opera in contesti che richiedono l’impiego delle competenze avanzate oppure quella maturata dal professionista in possesso del master di 1° livello. Sono risultati prioritari i seguenti ambiti di competenza avanzata: assistenza nelle transizioni/continuità delle cure, gestione degli accessi vascolari, assistenza anestesiologicala, gestione delle lesioni da pressione e sorveglianza e controllo delle infezioni correlate a pratiche assistenziali. Considerato quanto sopra la Regione propone l’attivazione dei seguenti percorsi pilota di formazione complementare regionale, rivolti a infermieri, per lo sviluppo di competenza avanzata nella continuità delle cure, nella gestione degli accessi vascolari e nell’assistenza anestesiologicala. I percorsi relativi allo sviluppo di competenza avanzata nella gestione delle lesioni da pressione e sorveglianza e controllo delle infezioni correlate a pratiche assistenziali saranno oggetto di programmazione nel corso dell’anno 2020. La regione Veneto propone, infine, che la modalità per l’ammissione ai corsi di formazione complementare regionale avvenga in seguito all’emissione di bando regionale, definito con Decreto del Direttore di Area Sanità e Sociale, in base al quale le Aziende sanitarie selezioneranno, tra i propri dipendenti, in possesso dei requisiti previsti, i candidati ammissibili al corso; il numero di posti disponibili sarà determinato sulla base del fabbisogno espresso dalle Aziende sanitarie per la specifico ambito di competenza avanzata e tenuto conto della necessità di avere un numero di professionisti formati sufficientemente ampio per espletare i successivi avvisi di attribuzione di incarico professionale a livello aziendale. Considerato che numerosi professionisti in passato hanno partecipato volontariamente a corsi di formazione attinenti al proprio contesto di pratica, i quali hanno consentito lo sviluppo e il mantenimento di competenze avanzate a vantaggio della qualità dei servizi erogati alla collettività, si propone di valorizzare e capitalizzare il percorso compiuto dai professionisti che già operano in contesti che richiedono l’impiego di competenza avanzata, riconoscendo l’equivalenza di tali esperienze formative ai percorsi formativi complementari regionali, purché i titoli conseguiti nei 5 anni

antecedenti la sottoscrizione del CCNL succitato siano stati rilasciati in esito ad attività contraddistinte dalle seguenti caratteristiche:

- corsi organizzati da associazioni ora riconosciute come società scientifiche dal Ministero della Salute in attuazione dell'articolo 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24 e del decreto ministeriale 2 agosto 2017;
- corsi di perfezionamento, aggiornamento professionale e di alta formazione, ai sensi del DPR 162/1982, L.341/1990e DM 270/2004;
- corsi promossi/autorizzati dalla Regione del Veneto i cui obiettivi erano orientati allo sviluppo di competenze diverse da quelle di livello 1, precedentemente descritto, richieste per lavorare in un determinato contesto o con specifiche tipologie di assistiti.

1.5 Il documento delle regioni

Le regioni hanno messo a punto un documento su cui c'è l'unanimità della Commissione Salute e che ha approvato alla Conferenza dei presidenti del 20 febbraio 2020 in cui si indicano requisiti, tempi e modi per attribuire al personale del comparto le funzioni di professionista specialista e professionista esperto previste dal contratto e per fare in modo che l'attribuzione sia omogenea su tutto il territorio. Si tratta di un documento un documento votato all'unanimità e messo a punto da un gruppo di lavoro interregionale a cui hanno partecipato Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Emilia-Romagna, Piemonte, Campania. Con questo accordo potrebbero essere superate le polemiche sulla Delibera del Veneto che per prima, ma da sola, aveva aperto la strada alle nuove competenze. Le Regioni hanno finalmente scritto la parola 'fine' alle tante ipotesi fin qui fatte e messo a punto un documento, già pronto a metà del 2019, per applicare il contratto e in via transitoria, perché le aziende sanitarie diano piena valorizzazione alle esperienze di sviluppo professionale già presenti, le cose siano fatte in modo omogeneo per indire avvisi unici per l'attribuzione di incarichi professionali per un determinato ambito di competenza avanzata/specialistica avendo potenzialmente a disposizione sia professionisti sanitari formati con percorsi accademici, sia formazione complementare regionale, potendo così selezionare il candidato più competente. ⁽²⁸⁾ Considerata la potenziale offerta di master definita dall'Osservatorio nazionale per le professioni sanitarie che ha elaborato un elenco di circa 90 master, per 21 delle 22 professioni sanitarie (non risultano proposte per gli Educatori professionali sociosanitari), le Regioni ritengono che i percorsi formativi complementari regionali, possano avere una tipologia legata alle problematiche organizzativo-assistenziali delle aziende sanitarie locali. Per definire le aree di competenze "core" dei professionisti con pratica/competenza avanzata il documento delle Regioni propone di considerare quelli indicati dalla letteratura internazionale in materia: pratica clinica, leadership e management, educazione, ricerca e consulenza ⁽²⁹⁾; le

competenze sviluppate in tali aree consentono di differenziare la caratterizzazione del professionista con competenza avanzata da quella dei professionisti all'inizio della loro esperienza professionale o con esperienza consolidata in un determinato contesto. Inoltre, per chiarire le differenze tra i livelli di competenza dei professionisti la proposta prevede tre livelli in base all'esperienza professionale maturata e/o alla formazione:

- Competenza di livello base quella del professionista sanitario neo-inserito in una specifica area,
- Competenza di livello 1 quella maturata dal professionista sanitario a seguito di esperienza professionale in una particolare area, anche attraverso formazione specifica;
- Competenza di livello 2 quella maturata dal professionista che ha sviluppato competenza di livello 1 e che acquisisce competenze avanzate con percorsi formativi complementari regionali, oppure quella maturata dal professionista sanitario che già opera in contesti che richiedono l'impiego delle competenze avanzate e che ha frequentato percorsi formativi riconoscibili come equivalenti ai percorsi di formazione complementare regionale oppure quella maturata dal professionista in possesso del master di 1° livello.

Ora, con il documento concordato, le Regioni sulla base dei bisogni di salute del territorio e in coerenza con l'organizzazione delle aziende sanitarie potranno definire propri elenchi di ambiti di competenza avanzata/specialistica, riconducibili a quattro macro-aree di aggregazione: formazione, clinico-assistenziale, clinico-gestionale e ricerca considerando: le tipologie di incarichi a prevalente contenuto professionale attribuiti nelle aziende sanitarie prima dell'attuale CCNL, gli ambiti di potenziale sviluppo di competenze in riferimento ai PSSR, le ulteriori proposte rilevate attraverso il confronto con le rappresentanze professionali. L'elenco degli ambiti di competenza avanzata/specialistica è la base su cui identificare le priorità di progettazione e realizzazione di percorsi formativi regionali atti all'acquisizione delle competenze come previsto dal contratto.

Le Regioni definiranno il metodo e i criteri qualitativi e quantitativi per il riconoscimento dei percorsi formativi pregressi professionisti che già operano in ambiti che richiedono l'impiego di competenza avanzata, e che hanno frequentato, nei 5 anni antecedenti la sottoscrizione del contratto, corsi, di almeno 40 ore di teoria, pertinenti agli ambiti di competenza avanzata/specialistica individuati, appartenenti alle seguenti tipologie:

- corsi organizzati da associazioni ora riconosciute come società scientifiche dal Ministero della Salute in attuazione dell'articolo 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24 e del decreto ministeriale 2 agosto 2017;
- corsi di perfezionamento, aggiornamento professionale e di alta formazione, ai sensi del DPR 162/1982, L.341/1990 e DM 270/2004;

–corsi promossi/autorizzati dalla Regione i cui obiettivi erano orientati allo sviluppo di competenze diverse da quelle, base o di livello 1, richieste per lavorare in un determinato contesto o con specifiche tipologie di assistiti.

Il documento delle regioni decide anche i requisiti dei corsi di formazione regionale che dovranno essere rispettati su tutto il territorio.

2. Obiettivi

Lo scopo dello studio è effettuare un'indagine conoscitiva sull'implementazione delle competenze avanzate infermieristiche nelle aziende sanitarie regionali attraverso l'utilizzo delle interviste ai Dirigenti infermieristici della regione Marche e la loro analisi qualitativa con il metodo Colaizzi.

Gli obiettivi secondari della ricerca sono:

- Analizzare i criteri che i dirigenti infermieristici prendono in considerazione per la decisione di allocazione di una risorsa umana in un determinato contesto assistenziale e se valorizzano le figure previste dal CCNL quali l'infermiere specialista in possesso del master di primo livello e l'infermiere esperto in possesso dei corsi complementari regionali.
- Indagare se la Regione Marche fornisce direttive per il riconoscimento di queste figure professionali alle aziende sanitarie regionali, nel rispetto del CCNL 2016-2018 e quali sono queste direttive.

3. Materiali e metodi

3.1 Disegno dello studio

Per raggiungere gli obiettivi prefissati si è scelto di svolgere una ricerca qualitativa per raccogliere attraverso delle interviste, una descrizione dell'esperienza del singolo partecipante riguardo un argomento, comprendendo ciò che l'individuo vuole comunicare. ⁽³⁰⁾ L'indagine si basa sulla realtà e sul punto di vista delle persone che sono oggetto dello studio.

3.2 Campione e setting temporale

La partecipazione allo studio è stata proposta a tutti e sette i dirigenti infermieristici delle Aziende Sanitarie della regione Marche. Le adesioni alla ricerca sono state sei.

Sono stati presi in considerazione i seguenti criteri d'inclusione:

- ricoprire il ruolo di Dirigenza Infermieristica

- prestare servizio per il SSR delle Marche durante la fase di indagine
- avere un'esperienza nel ruolo di Dirigente infermieristico uguale o superiore a due anni

Per ridurre la soggettività dei dati raccolti è stato garantito l'anonimato nelle interviste.

Le interviste si sono svolte dal mese di maggio 2021 fino al mese di settembre 2021. Le risposte si ritengono valide per quanto riguarda questo setting temporale.

3.3 Metodologia di raccolta dati

I dati sono stati raccolti mediante la somministrazione di interviste semi-strutturate audio-registrate costruite ad hoc per indagare sulla tematica e per raggiungere gli obiettivi prefissati. Le domande nascono dalla valutazione di un seminario iniziale. Tutte le interviste sono state svolte da due ricercatori che prima di procedere con le domande hanno cercato di identificare e sospendere tutti i giudizi, informazioni, idee personali rispetto l'argomento d'interesse, così da non influenzare la raccolta dati. Tutte le interviste sono state svolte con la stessa modalità di presentazione dei quesiti.

3.4 Domande guida delle interviste

Le domande guida delle interviste sono:

1. Quali sono i criteri presi in considerazione nella decisione di collocamento di un neoassunto in una Unità Operativa piuttosto che in un'altra? Si cerca di valorizzare le sue preferenze, le sue esperienze, i titoli posseduti o le esigenze dell'azienda?
2. Concorso o stabilizzazione: quale percorso si preferisce scegliere nel momento in cui si deve assumere a tempo indeterminato con una graduatoria in corso e dipendenti a tempo determinato assunti tramite avvisi pubblici? Perché tale scelta?
3. Il CCNL Comparto Sanità del triennio 2016/2018 parla di "infermiere esperto" e "infermiere specialista". Come vengono riconosciute queste figure nella sua Azienda?
4. L'Azienda ha mai avuto bisogno di assumere infermieri esperti o specialisti? Ha mai scelto degli infermieri da formare tramite percorsi formativi regionali per ottenere infermieri esperti in una determinata area?
5. Come si sta muovendo la regione Marche e quali sono le sue direttive per adempire al riconoscimento dell'infermiere specialista e dell'infermiere esperto previsto dal CCNL del triennio 2016/2018

3.5 Setting

Data la situazione emergenziale della pandemia Covid-19 in atto non è stato possibile svolgere delle interviste face-to-face. Ci si è avvalsi dell'ausilio di dispositivi digitali con accesso alla piattaforma online Teams, riconosciuta dall'Università Politecnica delle Marche come piattaforma ufficiale per l'Ateneo.

Per assicurare l'accuratezza dei dati raccolti le interviste sono state registrate tramite la piattaforma stessa per poi essere trascritte integralmente in un secondo momento.

3.6 Autorizzazioni e consenso

A tutti i dirigenti è stato proposto di partecipare allo studio in maniera diretta tramite una scheda informativa da leggere attentamente con tutte le informazioni sullo scopo dello studio, le modalità di raccolta e di analisi dei dati. È stato raccolto per ogni dirigente il consenso informato scritto di partecipazione volontaria alla ricerca.

È stato specificato come l'aderenza allo studio fosse volontaria ed il ritiro possibile in qualsiasi momento e senza preavviso. Tutti i partecipanti allo studio hanno debitamente preso visione della scheda informativo e compilato e firmato il consenso scritto. Per favorire maggiore confidenzialità nelle risposte e nei dati raccolti è stato garantito l'anonimato di tutti i partecipanti alle interviste.

3.7 Metodologia di analisi dei dati

Per l'analisi dei dati raccolti è stato utilizzato il metodo Colaizzi. Le interviste, una volta trascritte, sono state lette più volte da due intervistatori per poter cogliere le esperienze più significative. Un terzo ricercatore esperto ha effettuato verifiche periodiche sui processi, sui risultati e sulle interpretazioni.

4. Risultati

Le sei interviste sono state lette più volte per poter cogliere le esperienze più significative dei dirigenti. Sono state successivamente analizzate per macro-temi. Dall'analisi delle interviste con il metodo Colaizzi sono emerse cinque macro-temi: Accogliere nuove risorse, strategie di reclutamento, percezioni rispetto al contesto regionale, desiderio nuovi riconoscimenti, pensieri riguardo l'infermiere esperto. I cinque macro-temi sono stati sviluppati in sotto tematiche, il tutto sostenuto dalle citazioni dei dirigenti.

La tabella 3 riassume le tematiche principali e le sotto tematiche.

Tabella 3 Risultati

	Temi principali	Temi secondari		Temi principali	Temi secondari
1	Accogliere nuove risorse	Cogliere e valorizzare le esperienze	4	Desiderio di nuovi riconoscimenti	Bandi per specialisti
		Avvalersi di strumenti			Favorire percorso accademico
		Ascolto delle preferenze			Desiderio di meno avversità con i sindacati
		Rispetto delle esigenze aziendali			
		Vincoli mobilità interna			
2	Strategie di reclutamento	Impossibilità di scegliere	5	Pensieri riguardo l'infermiere esperto	Necessità di infermieri esperti
		Preferire la stabilizzazione			Formalizzazione
		Prediligere il concorso			Finanziamento
3	Percezioni rispetto al contesto regionale	Assenza di direttive			
		Identificazione dello "specialista"			
		Mancati riconoscimenti economici			

4.1 Accogliere nuove risorse

Dalle interviste si deduce il desiderio e l'inclinazione dei dirigenti a valorizzare e a voler riconoscere le competenze dei neoassunti. Infatti, tutto il campione ribadisce il fatto che nei colloqui pre assuntivi si indaga e si cerca di conoscere il più possibile la nuova risorsa.

"...quando lo inserisco vado a valutare quelle che sono le competenze possedute..." ID1

"Cerchiamo di analizzare le esperienze pregresse sia dal punto di vista formativo...così cogliamo le peculiarità esperienziali, quelle che lui giudica parte del suo percorso esperienziale" ID2

"L'allocazione avviene poi alla fine nel rispetto, o per lo meno nel tentativo di valorizzare le esperienze pregresse" ID2

"Chiediamo quali sono le esperienze lavorative già effettuate" ID3

"Se io faccio domanda per un blocco operatorio e ho già maturato esperienze in un blocco operatorio quell'esperienza viene pesata di più dal punto di vista curriculare" ID4

"In sede di colloquio si cerca di capire quali sono prima le esperienze lavorative se ne ha, e se quelle esperienze sono per lui ancora valide" ID5

"Nel momento in cui l'Asur ci manda i nominativi nome e cognome e il contatto subentra il contatto in cui chiediamo l'esperienza lavorativa" ID6

A tal fine tre dirigenti sostengono di utilizzare degli strumenti appositi per conoscere meglio una nuova risorsa nel momento della prima assunzione e per indagare sulle esperienze pregresse, strumenti quali interviste con items, schede conoscitive o valutazione tramite curriculum.

"In questa area vasta abbiamo attivato un percorso per l'accoglienza del neoassunto e in una parte di questo percorso si prevede un'intervista all'infermiere che è composta da tanti items" ID2

"Noi abbiamo una procedura definita all'interno della quale c'è una scheda conoscitiva" ID3

"Gli faccio dichiarare le sue competenze, fa una richiesta formale dove lui mette il suo curriculum..." ID6

Tra i criteri presi in considerazione quattro dirigenti nominano anche l'ascolto delle preferenze del neoassunto.

"In quale misura lui ritiene che un'esperienza rispetto alle altre sia stata per lui più gratificante o abbia un po' avvicinato le proprie attitudini" ID2

"Si cerca di accontentarlo all'interno del dipartimento di afferenza quindi in base a dove erano le sue preferenze" ID5

"...chiediamo qual è la loro preferenza." ID6

"il neoassunto nel momento in cui viene chiamato farà in colloquio in cui si deciderà se possibile dar conto alle sue "desirate" ID1

A volte la preferenza del neoassunto è quella di discostarsi dalle esperienze pregresse. In quel caso un dirigente sostiene di valutare la motivazione collegata a questa richiesta di discontinuità e se la motivazione di discontinuità viene ritenuta valida dal dirigente la preferenza del neoassunto viene accettata in linea anche con le esigenze dell'azienda..

“A volte è lo stesso professionista che ci chiede discontinuità, magari di abbracciare un'esperienza nuova mai realizzata che magari è rimasta sempre nell'immaginario, nel desiderata, e vede l'opportunità in quell'occasione di realizzarla.” ID2

“incrociamo quelle che sono le esigenze della struttura e andiamo a valorizzare la motivazione.” ID2

Infatti, sono cinque i dirigenti che sostengono che le esigenze dell'azienda in molte situazioni vengono considerate come criterio maggiore per la decisione di allocazione di un neoassunto in un'unità operativa piuttosto che in un'altra.

“...per fare una scelta che in qualche modo mi va a rispondere alle esigenze prima aziendali e poi del singolo professionista” ID1

“...si chiedono ai ruoli le esperienze lavorative con le preferenze e si cerca di collegarli ai bisogni.” ID6

Si parla di situazione “emergenziali” di carenza di risorse che si verificano di frequente nelle aziende ospedaliere.

“Essendo molto spesso in una carenza di risorse le esigenze dell'azienda spesso prevalgono su quelle che sono le aspettative dei singoli” ID3

E' di fondamentale importanza anche l'ordine di graduatoria nei reclutamenti tramite concorso pubblico in quanto l'ordine non può essere modificato in nessun modo dal dirigente, e a quel determinato ordine deve corrispondere il bisogno dell'azienda in quel determinato momento.

“C'è un posto vacante, questo posto bisogna occuparlo quindi purtroppo questo posto tu lo occupi in base all'ordine di graduatoria e non in base alle competenze” ID4

Infine, tutti e sei i dirigenti parlano anche di un ulteriore vincolo alla valorizzazione delle competenze costituito dalla mobilità interna aziendale. È un accordo stipulato con i sindacati per il quale per un determinato posto vacante magari che richiede determinate competenze si dà obbligatoriamente la precedenza al personale già dipendente che ne ha fatto domanda anziché al personale neo assunto che potenzialmente possiede le competenze ricercate da quel posto vacante.

“Quando devo fare un'assegnazione definitiva ad una UO devo tener conto della procedura di mobilità interna che è un accordo che esiste all'interno dell'Area Vasta con le organizzazioni sindacali” ID3

“Il secondo criterio che applichiamo è il criterio della mobilità interna...riservata al personale già dipendente.” ID4

"Poi per alcune UO la metodologia condivisa con il sindacato è quella di alcuni posti definiti per permettere anche di muovere il personale dopo l'inserimento, si procede ai vari bandi di mobilità."

ID5

"Qui c'è un vincolo che purtroppo esiste che è quello della mobilità volontaria interna." ID6

"Non sempre riesco a farlo e non sempre questo è rispondente alle regole di mobilità che abbiamo."

ID3

Inoltre, un dirigente sostiene che i criteri dei bandi di mobilità sono tuttora non chiari e a discrezione aziendale in quanto l'articolo 52 del CCNL del comparto sanità parla di bando di mobilità ma non indica i criteri specifici del bando.

"Il CCNL Art 52 dice: "Il bando indica procedure e criteri di valutazione..." quindi il contratto mi dice che ci sono dei criteri ma non mi dice quali" ID1

4.2 Strategie di reclutamento

Tre dirigenti esordiscono dicendo che purtroppo non si può scegliere da quale canale reclutare le risorse in quanto esse arrivano già dai canali di reclutamento. Due fanno anche un appunto sul fatto che prima il dirigente infermieristico era più presente e più partecipe nel percorso di reclutamento, percorso che è diventato oggi quasi più competenza amministrativa.

"difficilmente il dirigente infermiere può operare questo genere di scelta...la scelta è relativa." ID2

"Io penso che un dirigente debba avere la possibilità di fare delle scelte" ID3

"Rispetto il concorso o la stabilizzazione non sono scelte che fa l'azienda" ID6

"una volta eravamo anche più partecipi al percorso del reclutamento" ID2

Per quanto riguarda la preferenza tra i due percorsi di reclutamento, concorso pubblico o stabilizzazione del personale assunto a tempo determinato tramite bandi di avvisi pubblici, il campione risulta disomogeneo nelle risposte. Infatti, tre dirigenti dichiarano di preferire la stabilizzazione in quanto il percorso concorsuale mette in contatto con un professionista che non conosci che forse non è nemmeno destinato a rimanere in azienda per scelte personali. D'altro canto, la stabilizzazione favorisce la conoscenza del professionista e non interrompe il suo percorso di formazione all'interno dell'azienda.

"Io sceglierei quasi sempre la stabilizzazione, perché è un elemento di continuità, che favorisce la conoscenza del professionista" ID2

"Stabilizzare un collega ben venga, perché vuol dire valorizzare la professionalità acquisita dal personale" ID1

Un dirigente sostiene di essere favorevole alla stabilizzazione solo se si fa una corretta valutazione del dipendente nel periodo di prova per poter così stabilizzare unicamente le risorse ritenute valide.

“Per me non c'è niente di strano nello stabilizzare tutti quelli che ne hanno diritto. Ben venga la stabilizzazione se abbiamo il coraggio di scegliere a monte!” ID5

Al contrario due dirigenti sostengono di preferire il reclutamento delle risorse tramite concorsi pubblici, i quali grazie al superamento di varie prove danno più garanzie sulle competenze di una nuova risorsa.

“Il concorso ci dà garanzie perché la persona che ha superato un concorso in genere ha delle competenze. A me personalmente piace di più il concorso!” ID3

“I canali di accesso li preferirei tramite concorsi” ID4

Infine, un dirigente sostiene di preferire entrambi i percorsi in determinate situazioni in quanto la stabilizzazione la applica nel momento in cui viene regolamentata a livello prima nazionale poi regionale, e il concorso lo preferisce ma solo se si potesse avere un bando di concorso unico per l'azienda e non inserito in un contesto regionale.

“Stabilizzazione sì, ma nel momento in cui entri in un percorso di livello nazionale e poi regionale e concorso sì, ma sinceramente ci dovrebbe essere per questa realtà così complessa il modo di gestire il concorso per se stessi in modo che uno va a ricercare le competenze di cui aveva bisogno.” ID6

4.3 Percezioni rispetto al contesto regionale

Tutto il campione sostiene l'assenza di direttive della regione Marche per l'espletamento del CCNL del triennio 2016-2018. Risalta dalle interviste la supposizione che sia un tema che verrà affrontato a breve. I dirigenti esprimono queste affermazioni con tristezza in quanto impossibilitati a valorizzare sforzi effettuati dalle loro risorse.

“Questa è una parte del CCNL ancora grigia, non perché difficile da comprendere ma è grigia perché prevede per la sua attuazione un intervento di un soggetto terzo istituzionale che è la regione.” ID2

“Di fatto no, non è arrivata nessuna indicazione, almeno per il momento” ID2

“A me non risulta. Di formalizzato non c'è niente.” ID3

“Personalmente a me non risulta. Non mi sono arrivate indicazioni specifiche da questo punto di vista.” ID4

“Ora stiamo aspettando tutti il piano sanitario regionale nuovo, vediamo cosa ci dice.” ID5

"Nessuna...Sarebbe bellissimo ma non c'è...Nella nostra regione non vi so dire qual è il problema, non arriva nulla." ID6

Tutti e sei i dirigenti sostengono che nelle loro aziende ci sono infermieri che esercitano competenze avanzate e queste competenze avanzate vengono riconosciute in modo non formale in quanto per un eventuale riconoscimento formale serve l'intervento di un soggetto terzo che è la regione.

"Noi di fatto riconosciamo questa competenza avanzata e la valorizziamo per quello che è possibile con gli strumenti disponibili." ID2

"Non c'è un riconoscimento formale. Sono riconoscimenti informali." ID3

"Ne sento l'esigenza ma non siamo riusciti ancora a riconoscerle" ID4

"Sono figure che ci sono. Gli infermieri in possesso di master sono tanti ma non sono stati attivati." ID5

"Ad oggi fanno eccezione alcune azioni consolidate nel tempo, tipo colleghi che posizionano impianti vascolari che ci sono ma non hanno uno status di professionista specialista." ID1

"In azienda ci sono i colleghi della Picc Unit, c'è la collega che segue i pazienti stomizzati, ci sono delle competenze che offrono un servizio importante per cui lo spazio per fare quest'operazione c'era, ma non è venuto fuori minimamente" ID6

Il riconoscimento informale di queste competenze viene accompagnato anche da un mancato riconoscimento economico. Infatti, quattro dirigenti specificano e sottolineano la loro impossibilità di ricompensare le competenze avanzate esercitate da queste risorse.

"Se però per valorizzazione intendiamo anche un riconoscimento economico questo a momento non è possibile." ID2

"Non sono valorizzati come si dovrebbe da un punto di vista di strutturazione dell'organigramma e soprattutto da un punto di vista economico. E questo lo dico con grande dispiacere" ID2

"Noi abbiamo funzioni di coordinamento che sono ricoperte da personale che lo fa su base volontaristica." ID3

"Ha un inquadramento diverso questo infermiere? Ad oggi no." ID4

"Il possesso di master non è che ti dà qualcosa. Anche riconoscerli due lire non farebbe schifo a nessuno." ID5

"Questo deve essere visto anche sotto un punto di vista economico perché questi soggetti devono essere monetizzati." ID1

Un dirigente sostiene di riuscire a riconoscere economicamente queste competenze solo se la risorsa è in possesso del master in coordinamento, in quanto ad oggi l'unico master riconosciuto formalmente. *"Sono "al palo" con altri incarichi quali Picc team e Bed manager e li posso riconoscere almeno anche economicamente qualcosa ma solo perché hanno il master in coordinamento, altrimenti no."* ID5

4.4 Desiderio di nuovi riconoscimenti

Tre dirigenti esprimono il desiderio di poter fare dei bandi per creare graduatorie solo per infermieri specialisti per i quali ci sarebbero dei posti riservati per competenze avanzate in azienda.

"Magari poter organizzare bandi per il reclutamento di specialisti che magari provengono da altre strutture che per ragioni diverse vorrebbero trasferirsi da noi. Sarebbe molto interessante! Al momento non lo vedo praticabile." ID2

"Se tu fai un bando per persone con quella competenza così la persona che arriva si inserisce e la cosa positiva è che quella persona ci vuole andare in quel setting." ID6

"Allora magari mettiamo dei posti a bando e finisce lì..." ID5

In più tre dirigenti sostengono di avere spesso i sindacati contro su alcune decisioni intraprese perciò non hanno del tutto la libertà di decidere l'allocazione di una risorsa. Ci sono degli accordi stipulati tra azienda e sindacati da tenere in considerazione prima di effettuare qualsiasi spostamento o nuova allocazione di risorse. Tre dirigenti esprimono il desiderio di minori avversità con i sindacati e magari di nuove trattative che valorizzano le competenze. Ad oggi un posto vacante che richiede competenze avanzate tra un neoassunto con le suddette competenze e un dipendente dell'azienda vincitore di bando di mobilità per quel posto senza le competenze specifiche ma con anzianità di servizio spetta al già dipendente vincitore di bando di mobilità. I dirigenti non possono comportarsi diversamente in quanto ciò va contro all'accordo stipulato con i sindacati.

"La procedura di mobilità interna è un accordo che esiste all'interno dell'Area Vasta con le organizzazioni sindacali... Vorrei che anche il regolamento di mobilità tenesse maggiormente di questi aspetti, perché l'anzianità di servizio sì ma il dirigente...sa meglio di tanti altri qual è la persona giusta da mettere in certe situazioni." ID3

"Spero che adesso si possa riprendere quella trattativa con i sindacati. Ne guadagna anche il professionista stesso." ID6

"Non scordatevi mai che chi è su questa seggiola ha a che fare con i sindacati." ID5

"Anche lì abbiamo avuto il sindacato di categoria contro perché non dovevamo farlo" ID6

4.5 Pensieri riguardo l'infermiere esperto

I dirigenti si esprimono anche sulla figura dell'infermiere esperto prevista insieme all'infermiere specialista nel CCNL per il comparto sanità del triennio 2016-2018.

Quattro dirigenti parlano di una vera e reale necessità di questa figura. C'è ad oggi la necessità di poter formare degli infermieri in determinati setting assistenziali specialisti tramite dei corsi supplementari regionali.

"Spesso ci capita che l'ASUR ci chieda nominativi di professionisti esperti da inserire in gruppi di lavoro..." ID3

"È stata fatta una sorta di selezione diciamo per identificare 6 infermieri da formare per gli accessi vascolari profondi" ID4

"Mentre quello che si fa normalmente è che si manda fuori a formare." ID5

"Il bisogno (di infermieri esperti) invece esiste perché dopo ci vuole tutto il tempo che ci vuole per essere inserito." ID6

Queste figure di professionisti esercitano comunque competenze avanzate all'interno dell'azienda, però il loro agire non è stato formalizzato.

"Non è inserito all'interno di un percorso formalizzato." ID3

"Non è formalizzata la consulenza infermieristica specialistica." ID4

In fine, nel caso dell'infermiere esperto il finanziamento dei corsi regionali come da Contratto dovrebbe essere sostenuto dalla regione stessa. Questo finanziamento ad oggi non c'è. Al contrario l'infermiere per poter acquisire le competenze avanzate deve accedere ai master universitari e sostenere i costi previsti da questi percorsi di formazione.

"Questo assolutamente non esiste. Le persone autonomamente si avviano a certi percorsi sulla base degli interessi specifici." ID3

Tre dirigenti sostengono che i fondi per poter formare il personale in alcuni casi sono arrivati da altre risorse come i fondi privati, i fondi sociali europei o dalle aziende stesse.

"In alcuni casi sono riusciti a trovare anche dei fondi da privati per sostenere questo sforzo economico." ID2

"In passato con i fondi sociali europei si è fatto un progetto finalizzato a formare il personale in determinate aree." ID1

"L'Inrca ha investito circa quattro anni fa nella formazione interna." ID4

5. Discussione

Dalle interviste si deduce il desiderio e l'inclinazione dei dirigenti a valorizzare le esperienze pregresse e le preferenze del neoassunto nel momento di una prima assegnazione. A tal fine si indaga all'assunzione sulle competenze, esperienze e preferenze del neoassunto tramite strumenti creati ad hoc dalle aziende, percorsi non uniformi e a discrezione delle aziende stesse. Comunque, in periodi molto frequenti di "emergenza" del personale queste schede vengono sormontate dalle esigenze dell'azienda in quel momento. Le schede conoscitive vengono comunque archiviate e tenute in considerazione dai dirigenti in caso di richiesta di mobilità interna. Dai risultati viene evidenziato l'importanza delle competenze avanzate infermieristiche, e questo va in linea con ciò che troviamo in letteratura. Infatti, il ruolo di esperto clinico nell'infermieristica è fondamentale per fronteggiare le esigenze sanitarie del futuro in cui prevale la comorbilità, la cronicità, e condizioni di massima imprevedibilità come recentemente dimostrato. ⁽³¹⁾ La letteratura a tal proposito riporta come essenziale la presenza di una regolamentazione chiara, adeguata e che supporti la credibilità del ruolo ⁽³²⁾. È inoltre necessario che la legislazione sia uniforme per sostenere l'implementazione del ruolo considerando i diversi livelli regionale, nazionale ed internazionale. ⁽³³⁾ Tutto ciò da quello che deduciamo dalle interviste non c'è stato. Un piccolo tentativo venne fatto con il CCNL del comparto sanità del triennio 2016-2018 ma dai risultati questo documento risulta confuso e senza essere seguito da direttive regionali che ne validassero le norme. Tuttavia, oggi tanti infermieri con master di primo livello o corsi di perfezionamento regionali esercitano le loro competenze avanzate nel loro agire quotidiano senza però essere riconosciuti formalmente o economicamente. Ciò va in contrasto con le disposizioni riportate dal Contratto stesso per la remunerazione delle figure professionali quali l'infermiere esperto e l'infermiere specialista. Il Contratto sanciva che in termini di inquadramento economico per l'infermiere specialista è prevista la stessa indennità economica di un coordinatore attuale (e dunque una parte fissa e una variabile); l'infermiere esperto verrà inquadrato come "DS" (rispetto alla categoria "D" attuale). Il trattamento economico accessorio del personale titolare degli incarichi è finanziato con le risorse del fondo denominato "Condizioni di lavoro e incarichi" ed è costituito dall'indennità d'incarico. ⁽³⁴⁾

In più si nota una confusione anche nel sistema attuale di graduatoria concorsuale come canale ufficiale di reclutamento. Infatti, questo sistema stesso va in contrasto con la valorizzazione delle competenze e con le esigenze dell'azienda in quanto in un determinato momento bisogna assumere un determinato professionista dalla graduatoria perché ha molta importanza la posizione in graduatoria e quel professionista deve ricoprire un determinato incarico già stabilito dalle necessità aziendali del momento. È deducibile il fatto che in questo modo non si riesce a valorizzare a pieno il bagaglio esperienziale e formativo del professionista stesso né tanto meno le sue preferenze e

ambizioni professionali. Ciò nonostante, i pareri sullo scegliere tra i percorsi di reclutamento del personale quali concorso pubblico o stabilizzazione i pareri del campione sono stati disomogenei e contrastanti. Ciò che risulta unanime sull'argomento è il fatto che il dirigente infermieristico non può effettuare una vera e propria scelta sull'argomento in quanto la scelta deriva dalle norme stabilite.

In fine dai risultati dello studio si nota anche un suggerimento di come poter risolvere questo mancato riconoscimento formale delle competenze avanzate infermieristiche. Si tratta di riservare dei posti in azienda solo per incarichi di specialista o esperto e mandare questi posti a bando solo per professionisti che possiedono i requisiti necessari per potervi accedere e per poter partecipare. In più si deduce dalle interviste un desiderio di avere meno avversità con i sindacati. Le aziende stipulano accordi con i sindacati che devono essere rispettati. Tra questi accordi c'è ad esempio la precedenza data al bando della mobilità rispetto ai neoassunti. Ad oggi un posto vacante che richiede competenze avanzate tra un neoassunto con le suddette competenze e un dipendente dell'azienda vincitore di bando di mobilità per quel posto senza le competenze specifiche ma con anzianità di servizio spetta al già dipendente vincitore di bando di mobilità. I dirigenti non possono comportarsi diversamente in quanto ciò va contro all'accordo stipulato con i sindacati però senz'altro questo accordo va a discapito della valorizzazione delle competenze in quanto criteri come l'anzianità di servizio sovrastano le competenze avanzate.

5.1 Criticità dello studio

Questo studio analizza le interviste effettuate a sei dirigenti della regione Marche. Non è stato possibile intervistare un dirigente delle aziende pubbliche della regione per non reperibilità del dirigente stesso. In più essendo la ricerca effettuata solo nella regione Marche i risultati possono essere ritenuti validi per il contesto in cui si è svolto lo studio e per il suddetto setting temporale.

6. Conclusione

In Italia non è mai esistita una reale carriera orizzontale per gli infermieri. Gli infermieri hanno la possibilità di frequentare dei corsi di perfezionamento o dei master a pagamento a carico dell'infermiere stesso, senza però ottenere un riconoscimento del titolo nelle possibilità di inquadramento lavorativo. Ciò comporta dissonanza tra la posizione professionale di appartenenza e il riconoscimento economico. È quello che emerge anche dai dati delle interviste analizzate: in Italia attualmente non è possibile riconoscere economicamente le competenze avanzate.

Un tentativo di cambiamento importante è arrivato con il CCNL 2016-2018 relativo alla sanità pubblica che introduce i ruoli di professionista esperto e specialista. Da come si deduce dal CCNL i professionisti esperto e specialista hanno acquisito delle competenze avanzate tramite percorsi formativi regionali o master universitari. È la prima volta che i professionisti sanitari possono aspirare ad una carriera orizzontale, in quanto precedentemente l'unico percorso possibile dopo la Laurea Triennale era la Laurea Magistrale e il master in coordinamento per i coordinatori di primo livello, che aprivano le porte a una carriera di tipo verticale.

Per concludere si può quindi dire che sicuramente grazie al CCNL è stato fatto un passo importante verso il riconoscimento del ruolo professionale e delle specializzazioni, ma purtroppo siamo ancora lontani dai modelli infermieristici presenti in molti altri paesi. In ben tredici paesi europei è presente il ruolo dell'infermiere con competenze avanzate secondo il modello presentato dall'ICN.⁽³⁵⁾ In Italia invece i ruoli introdotti dal CCNL restano una novità importante, ma ancora in via di sviluppo. Attualmente il CCNL deve essere seguito da specifiche direttive regionali che regolamentano il riconoscimento delle competenze avanzate. Ad oggi queste direttive nella regione Marche non ci sono.

7. Bibliografia

- (1) Legge 43 del 1° febbraio 2006, Art. 6, comma 1.
- (2) Saiani L. et al., *Assist. Inferm. Ric.* 2016; 35: 116-121
- (3) Gennaro N. et al., Tempestività dell'attivazione delle cure domiciliari e riospedalizzazione a 30 giorni nei pazienti veneti ultra 65enni dimessi per scompenso cardiaco in una situazione di disabilità alla dimissione. *Assist Inferm Ric* 2014; 33:67-73
- (4) Dante A. et al., Competenze e ruoli dei laureati magistrali nella pratica quotidiana. Studio descrittivo multicentrico. *Assist Inferm Ric* 2014; 33(2):74-81
- (5) Palese Alvisa; Gli effetti di una pratica avanzata: metodi, esiti e risultati e della ricerca. *Assist Inferm Ric* 2016;35:134-136;
- (6) Bodenheimer T, Bauer L. Rethinking the primary care workforce-an expanded role for nurses. *N Engl J Med* 2016;375:1015-7;
- (7) Bodenheimer T, Bauer L, Olayiwola JN, Syer S. RN role reimagined: how empowering registered nurses can improve primary care. California Health Care Foundation, 2015 (<http://www.chcf.org/publications/2015/08/rn-role-rei-magined>);
- (8) Denver EA, Barnard M, Woolfson RG, Earle KA. Management of uncontrolled hypertension in a nurse-led clinic compared with conventional care for patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003;26:2256-60;
- (9) "AANP -Cos'è un NP?". www.aanp.org ; 2018
- (10) Stokowski, RN, MS, Laura A. "Legge sulla prescrizione di APRN: un riepilogo stato per stato". *Medscape*. 2015.
- (11) "Ambito di pratica per gli infermieri". *Dichiarazioni sulla politica AANP*. American Association of Nurse Practitioners. 2017.
- (12) Jaspen, Bruce; "Più Stati sollevano gli ostacoli dei pazienti agli infermieri". *Forbes* (Pharma and Healthcare: Medicine); 2017
- (13) Ford, Loretta C. "Hall of Fame nazionale delle donne."; 1965

- (14) M.Masso, C. Thompson; “Gli infermieri del NSW stanno guadagnando terreno: rapida revisione della letteratura degli infermieri” Centro per lo sviluppo dei servizi sanitari: Università di Wollongong; 2014
- (15) NMBA Standards NP: <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Registration-Standards>. Disponibile su : www.nursingmidwiferyboard.gov.au/documents/default.aspx.
- (16) International Council of Nurses (ICN); "Definizione e caratteristiche del ruolo". International Nurse Practitioner / Advanced Practice Nursing Network. Consiglio internazionale degli infermieri. 2015
- (17) Dicenso, A., Martin-Misener, R., Bryant, Lukosius, D., Bourgeault, I., Kilpatrick, K., Donald, F., Kassalainen, S., et al. (2010). Advanced Practice Nursing in Canada: Overview of a Decision Support Synthesis. Journal of Nursing Leadership: Special Issue, 23, 15-34.
- (18) McCleery E, Christensen V, Humphrey L, Helfand M. Evidence brief: The quality of care provided by Advanced Practice Nurses. US, Department of veterans Affairs, 2014
- (19) Luigi D’Onofrio, Piccola guida alla carriera infermieristica nel Regno Unito.; Italian Nurses Society; 2018
- (20) Stephen Elson et al; The Clinical Nurse Specialist and Nurse Practitioner Roles: Room for both or take your pick?; Scholarly paper; 2006
- (21) Gallop R. RN, PhD., “Infermieristica psichiatrica di pratica avanzata in Canada”, https://www.ispn-psych.org/what_canada
- (22) Società Italiana di Scienze Infermieristiche e Pediatriche; Infermieri nel mondo; 2009.
- (23) National Association of Pediatric Nurse Practitioners; Society of Pediatric Nurses; US Bureau of Labor Statistics 2018-19 Occupational Outlook Handbook; Infermieri registrati, anestesisti infermiere, ostetriche infermiere e professionisti infermieristici.
- (24) Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro, Art. 16, comma 6; 2018
- (25) Quotidiano sanità, Competenze avanzate. Ecco come si applicherà il contratto per gli incarichi di “specialista” ed “esperto”. Il documento delle regioni. 19 febbraio 2020
- (26) Baldacci S., “Infermiere esperto” e “Infermiere specialista”. Ecco le novità del nuovo Contratto Nazionale del Lavoro. 2019

- (27) Deliberazione della Giunta regionale n. 1580 / Drg del 29/10/2019, estratto del verbale. Regione Veneto.
- (28) OPI Lecce; “Competenze avanzate. Ecco come si applicherà il contratto per gli incarichi di “specialista” ed “esperto”. Il documento delle regioni”; Quotidiano Sanità; 19 febbraio 2020
- (29) Proposta di documento recante percorsi applicativi degli articoli 16-23 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità relativamente agli incarichi di funzione di tipo professionale; 20 febbraio 2020
- (30) Fain, J.A. La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla. Milano: McGraw-Hill. 2004
- (31) Puertas EB, Arósquipa C, Gutiérrez D. Factors that influence a career choice in primary care among medical students from high-, middle-, and low-income countries: a systematic review. Rev Panam Salud Publica, 34, 351-358. 2013
- (32) Heale R., Rieck Buckley C. An international perspective of advanced practice nursing regulation. International Nursing Review, 62:421-429. 2015
- (33) Fougère B., Morley J.E., Decavel F., Nourhashémi F., Abele P., Resnick B., Rantz M., Lai C.K., Moyle W., Pédra M., Chicoulaa B., Escourrou E., 2016
- (34) Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro per il personale del comparto sanità, Art. 20, comma 1; 2018
- (35) International Council of Nurses, Guidelines on advanced practice nursing. Ginevra. 2020

Allegato 1: SCHEDA INFORMATIVA

Gentile Dirigente

La invitiamo a partecipare allo studio qualitativo “Infermiere specialista: ruolo, formazione e riconoscimento nelle organizzazioni sanitarie” il cui obiettivo è indagare l’esperienza dei Dirigenti Infermieristici rispetto alla valorizzazione dell’infermiere specialista, per comprenderne le strategie scelte ed attuate dalle Aziende Sanitarie delle Marche, nel rispetto del CCNL del comparto sanità. Questo documento ha lo scopo di informarla sulla natura dello studio, sul fine che esso si propone, su ciò che comporterà per Lei una tale partecipazione, sui suoi diritti e le sue responsabilità.

L’indagine è rivolta ai Dirigenti Infermieristici di tutte le Aziende Sanitarie marchigiane.

Per ogni partecipante si prevede di svolgere un’intervista semi-strutturata, audio-registrata, attraverso quesiti orientativi per favorire piena libertà d’espressione. Le interviste verranno effettuate in modalità telematica tramite la piattaforma online Teams.

Le domande guida a cui si invita a rispondere saranno le seguenti:

1. Quali criteri prende in considerazione nella decisione di collocamento di un neoassunto in una Unità Operativa piuttosto che in un'altra? Cerca di valorizzare le sue preferenze, le sue esperienze, i titoli posseduti o le esigenze dell'Azienda?
2. Concorso o stabilizzazione: quale percorso preferisce scegliere nel momento in cui deve assumere a tempo indeterminato? Perché tale scelta?
3. Il CCNL Comparto Sanità del triennio 2016/2018 parla di “infermiere esperto” e “infermiere specialista”. Sente di riconoscere queste figure nella sua Azienda?
4. Ha mai avuto bisogno di assumere infermieri esperti o specialisti? Ha mai scelto degli infermieri da formare tramite percorsi formativi regionali per ottenere infermieri esperti in una determinata area?
5. Quali sono finora le direttive della regione Marche per adempire al riconoscimento dell'infermiere specialista e dell'infermiere esperto previsto dal CCNL del triennio 2016/2018?

I dati raccolti attraverso le interviste verranno analizzati secondo il metodo Colaizzi.

Da ogni intervista verranno estratte le dichiarazioni più significative utili alla comprensione dell’argomento oggetto d’indagine e raggruppate in categorie tematiche.

La Sua partecipazione allo studio è del tutto libera e volontaria. Lei può rifiutare o ritirarsi in qualsiasi momento, senza preavviso o motivazione.

Saranno raccolti i dati anagrafico-sociali utilizzati solo per le finalità dello studio e nel pieno rispetto dell'anonimato.

Le informazioni raccolte attraverso le interviste saranno strettamente confidenziali e trattate esclusivamente dai ricercatori per scopi relativi alla ricerca scientifica, nel rispetto della normativa vigente sulla privacy e sul trattamento dei dati personali.

Non ci saranno guadagni diretti o costi per Lei né per i ricercatori coinvolti.

I dati raccolti potrebbero essere oggetto di pubblicazione scientifica, garantendo sempre l'anonimato dei partecipanti e mantenendo la confidenzialità delle informazioni.

Se decidesse di partecipare, Le verrà chiesto di firmare un documento allegato di richiesta di Consenso Informato.

In attesa di un riscontro, La ringraziamo per l'attenzione

Per qualunque domanda o chiarimento relativo a questo studio potrà rivolgersi ai ricercatori:

Relatrice: Dott.ssa Gilda Pelusi **email:** g.pelusi@univpm.it

Studentessa: Esti Perrenjasi **email:** perrenjasi.e@gmail.com

Ricercatore: Dott.ssa Valeria Barbizzi **email:** valeriabarbizzi@hotmail.it

Allegato 2: Consenso informato

Io sottoscritto/a (nome e cognome) _____ nato il __/__/____, a _____, qualifica professionale _____ presso l'azienda ospedaliera/area vasta _____ con anzianità di servizio (anni) _____

Dopo aver ricevuto dai ricercatori informazioni chiare ed esaurienti sulle finalità e le modalità di svolgimento dello studio **“Infermiere specialista: ruolo, formazione e riconoscimento nelle organizzazioni sanitarie”** a cui mi è stato chiesto di prendere parte e dopo aver letto la relativa Scheda Informativa, di cui ho ricevuto copia;

ACCONSENTO a partecipare in maniera libera e volontaria allo studio in oggetto, consapevole della facoltà di ritirarmi in qualsiasi momento e senza fornire giustificazione.

Data

Firma

CONSENSO ALL'AUDIO- REGISTRAZIONE E ALL'UTILIZZO DEI DATI PERSONALI

AUTORIZZO, ai sensi della normativa vigente in materia di privacy, i Ricercatori alla registrazione audio dell'intervista;

ACCONSENTO ai sensi della normativa vigente in materia di privacy affinché i miei dati personali possano essere esaminati esclusivamente ai fini della ricerca ed utilizzati eventualmente per pubblicazioni scientifiche, restando sempre strettamente confidenziali.

Data

Firma
