

## CAPITOLO 3d

### L'evoluzione del personale infermieristico

a cura di FNOPI

#### 3d.1. Introduzione

I recenti cambiamenti sociodemografici della popolazione italiana evidenziano una società sempre più anziana (Istat, 2023), affetta da patologie croniche, talvolta compresenti nello stesso soggetto (Istat, 2021a). Inoltre, anche il cambiamento nella composizione familiare, caratterizzato dall'aumento dei nuclei famigliari con un unico componente (Istat, 2021b) e l'aumento del divario sociale, impongono ragionamenti per lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che possano rispondere ai nuovi bisogni assistenziali.

Parallelamente si assiste a una dinamica evolutiva del personale infermieristico contraddistinta, tra le altre, da un aumento costante dell'età media (C.R.E.A. Sanità, 2021), da fenomeni di abbandono (Sasso L. et al., 2019) e, più generale, dalla mancanza di un adeguato numero di professionisti lavorativamente attivi (OASI Report, 2022).

Tale contesto è aggravato anche da una scarsa attrattività della professione infermieristica (Mastrillo A. et al., 2023) che oramai necessita l'adozione di azioni di riforma e rilancio dell'immagine professionale nonché di ristrutturazione e riconoscimento del ruolo agito nelle strutture sanitarie e sociosanitarie. In particolare, è improcrastinabile attuare investimenti sul personale infermieristico andando a definire: (i) nuove risorse per il sistema nella sua complessità; (ii) nuovi percorsi di carriera nell'ambito clinico assistenziale e (iii) una concreta valorizzazione economica della professione, coerente con il rafforzamento delle competenze acquisite durante lo sviluppo di carriera.

L'emergenza generata dalla pandemia Covid-19 ha evidenziato come il tradizionale modello organizzativo risulti ormai inefficace nel rispondere alle esi-

genze di salute della popolazione (Tahn HM. 2020; Assefa Y. et al. 2021).

Alla luce di queste considerazioni si può comprendere come sia necessario uno sviluppo della professione infermieristica, dei relativi profili di competenza, dei ruoli agiti nelle diverse strutture sanitarie e socio-sanitarie e dei relativi percorsi formativi universitari, con sviluppo delle aree di competenza specialistica quali, ad esempio, l'introduzione di nuovi modelli assistenziali e ruoli infermieristici, in particolare quello dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (WHO, 2000), con l'obiettivo di migliorare la presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini a livello territoriale e a domicilio. Altro elemento caratterizzante l'evoluzione dei modelli organizzativi prevede e contempla anche la naturale evoluzione delle figure di supporto all'assistenza che possano accompagnare e stimolare questo cambiamento.

#### 3d.2. Evoluzione della professione infermieristica

Nel prossimo futuro si dovranno sviluppare le competenze agite dalla professione infermieristica per una migliore qualità dell'assistenza, determinando così il passaggio da una logica prestazionale verso una presa in carico dell'assistito e del più generale "sistema assistenza". Come anticipato, lo sviluppo di competenze avanzate gestionali e cliniche, in ogni ambito, potrà influenzare significativamente l'identità e il senso di appartenenza alla comunità professionale, anche intervenendo sulla retribuzione economica di risultato.

Per raggiungere tali obiettivi, è necessario agire su alcuni fondamentali cardini del sistema professionale e organizzativo allo scopo di progettare una

nuova dimensione del professionista infermiere sia in senso verticale (linea gerarchica/asse del *management*) che orizzontale (sviluppo dei ruoli professionali/asse della clinica) (Pitacco G. et al. 2003) superando le logiche prestazionali/esecutive, a favore dell'applicazione di modelli organizzativi a sostegno della presa in carico della persona assistita e dei loro *caregiver*.

- In senso orizzontale/asse della clinica, sarà necessario perseguire l'allineamento tra domanda e offerta di competenze specialistiche acquisibili con livelli formativi differenziati (aziendali, regionali, universitari) per essere in grado di gestire determinati processi assistenziali legati a particolari tipologie di utenti. Questi professionisti saranno in grado di rispondere ai bisogni assistenziali derivanti dalle mutate condizioni di salute della popolazione e dei loro bisogni più complessi. Si citano come esempio gli infermieri specialisti in stomaterapia, *wound care*, gestione *device picc team*, *pain nurse*, rischio infettivo, di famiglia e di comunità, etc.. In questo scenario, diviene strategico un riorientamento verso un approfondimento di conoscenze e competenze per specifiche aree cliniche dell'attuale laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche (FNOPI, 2023), orientata nel tempo a uno sviluppo prevalentemente finalizzato a conoscenze e competenze trasversali di ricerca, di management e pedagogiche.

È del tutto evidente come il contesto organizzativo e la possibilità di adottare modelli assistenziali qualitativamente avanzati sono fortemente influenzati dalla consistenza degli *staff* assistenziali. Oggi i dati relativi al personale di assistenza infermieristica, che correlano esiti (*outcome*) delle persone assistite, numero e qualità dei professionisti (*staffing*) a indicatori di sicurezza e qualità delle cure, sono macro-indicatori già disponibili in letteratura (Sasso L. et al. 2017) e consentono di orientare le scelte su questo tema. A tal proposito, riteniamo sia fondamentale l'abbandono della logica del minutaggio assistenziale, adottan-

do invece la logica del rapporto n. infermieri/n. pazienti.

- In senso verticale/asse del *management*. La dirigenza infermieristica dovrà essere compresa nella direzione strategica aziendale (previa modifica della L. n. 502/1992), occupando ruoli di pari livello gerarchico con il *management* direzionale (Del. Leg.va Regione Emilia Romagna n. 31 del 23/11/2021 modifiche all'art. 3 della L.R. n. 29/2004 – norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale) individuando con chiarezza la funzione gestionale in capo al dirigente infermiere che, sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale, potrà definire metodi e strumenti per il governo della complessità organizzativa e assistenziale sviluppando modelli innovativi per l'erogazione di un'assistenza di qualità.

### 3d.3. Metamodello organizzativo per l'assistenza infermieristica

Un ulteriore passaggio indispensabile per far fronte, da un lato, all'aumento del peso della cronicità e, dall'altro, alla progressiva riduzione dell'organico di alcune specializzazioni mediche (Age.Na.s., 2022), risulta essere il superamento dei tabù che in Italia sono ancora associati ai concetti di *skill mix* e *task shifting* (WHO, 2007). Si tratta infatti di valorizzare le professioni sanitarie agendo su un ripensamento delle competenze necessarie (*skill mix*) e su un cambio di ruoli in sostituzione (*task shifting*) o in affiancamento (*task evolution*) alle altre professioni sanitarie. Se questo avviene all'interno di un percorso di cura pianificato, adeguatamente monitorato e supportato dalle tecnologie digitali, i benefici si espliciteranno nel miglioramento della qualità della presa in carico.

Oggi il modello *skill mix/task evolution* vede coinvolti non solo medici e infermieri come inizialmente accaduto (Martínez-González NA. et al. 2015; Gading EA. et al. 2022), ma anche gli operatori socio-sanitari o i *caregiver* che possono essere affiancati agli infermieri, in particolare nelle attività do-

miciliari. Questo cambiamento di ruoli e responsabilità, se ben progettato, potrebbe restituire il “senso di valore” che sembra essere oggi un elemento fondamentale per superare, o almeno contrastare, il cosiddetto fenomeno della *great resignation* (Nowell L., 2002) di molti operatori sanitari. Le politiche sanitarie dovrebbero essere ripensate al fine di comprendere azioni di miglioramento e di snellimento dei percorsi sanitari e sociali, in particolare il cittadino dovrebbe essere guidato nell'utilizzo dei servizi e accompagnato all'interno dei percorsi diagnostici-terapeutici e assistenziali.

La normativa dovrebbe tendere soprattutto al cambio del paradigma medicocentrico del nostro SSN basato soprattutto sulla cura di patologie, con estreme suddivisioni per specializzazioni, traslando verso un sistema guidato anche da laureati delle altre professioni sanitarie, con dei veri e propri progetti di salute globale dell'individuo.

Sono maturi i tempi per una nuova stratificazione della professione infermieristica che, oltre alla figura del coordinatore e dell'infermiere generalista prevede la funzione dell'infermiere specialista: professionista responsabile dell'assistenza infermieristica nell'ambito di riferimento. Cura la pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico e assicura un servizio assistenziale di alto livello con competenza specifica e autonomia professionale. Inoltre, assicura un appropriato utilizzo di materiali, strumenti e risorse a disposizione, nel rispetto delle direttive ricevute, delle procedure e degli standard qualitativi aziendali. È referente specifico degli infermieri generalisti e degli assistenti infermieristici per l'inquadramento delle esigenze e per i programmi di assistenza individuali, con particolare riferimento alle casistiche di maggiore complessità.

Anche al fine di alleviare il carico lavorativo su determinate figure professionali, il processo di riforma normativa in corso dovrebbe tendere a un ampliamento delle competenze degli infermieri professionisti, in particolare prevedendo delle attività di prescrizione dei presidi base e di *follow-up* unitamente al possesso di specifiche competenze digitali.

L'introduzione di sistemi tecnologici può aggiungere valore all'assistenza se consente l'erogazione di

nuovi servizi, più sostenibili, più personalizzati, capaci di rilevare i bisogni di salute. L'introduzione di soluzioni di Sanità Digitale consentirebbe di:

- coprogettare i modelli di presa in carico, in una logica nella quale gli sviluppatori comprendono meglio le esigenze di utilizzatori e pazienti, i professionisti sanitari sfruttano più facilmente le opportunità che la tecnologia può aprire, le persone assistite manifestano le attese principali e le organizzazioni possono comprendere i ragionevoli limiti di servizio
- semplificare i percorsi rivolti al paziente e migliorare l'aderenza terapeutica e l'appropriatezza. La revisione dei processi deve porre al centro sia la persona assistita e le sue esigenze, sia la sostenibilità del sistema sanitario. Ciò richiede uno sviluppo e una rivisitazione dei ruoli unita all'aggiornamento delle competenze; tali processi di *shifting* di competenze e responsabilità vanno individuati, accompagnati e governati. Uno degli obiettivi di ridisegno dei processi è rappresentato dall'adozione di soluzioni tecniche e organizzative capaci di assicurare un modello attivo di *Transitional Care*
- partecipare in forma attiva da parte del cittadino che si rivolge ai servizi sanitari, o da parte del *caregiver* al processo di cura è un elemento centrale; la sua consapevolezza rappresenta un'opportunità poiché influisce sugli esiti di cura migliorando al contempo la sua percezione del servizio ricevuto.

### 3d.4. Evoluzione delle figure di supporto

L'importante transizione in atto (epidemiologica, organizzativa e di evoluzione delle competenze dei professionisti) deve necessariamente riguardare anche il personale di supporto all'assistenza infermieristica.

Tale evoluzione deve riguardare:

- il governo degli operatori di supporto, siano essi con formazione complementare o meno, attraverso una ulteriore previsione normativa a integrazione della L. n. 3/2018 per l'istituzione