

# COMPETENZA

**Julita Sansoni**

*con la collaborazione degli Studenti 1° anno Corso DAI Università "La Sapienza" Roma.*

## **RIASSUNTO**

Nel presente lavoro si parla della Competenza Infermieristica nei suoi diversi aspetti.

Nella prima parte si vuole chiarire il termine competenza e il suo percorso storico culturale legato allo sviluppo del Nursing. Gli Autori analizzano la Competenza come appare nella letteratura internazionale e la sua evoluzione secondo i punti di vista di eminenti Autori.

Nella seconda parte si vuole dare spunti per una riflessione coniugando la Competenza agli aspetti: legislativo, etico, della formazione e dei Servizi, e nella Ricerca. <sup>(1)</sup>

Nelle conclusioni si focalizza l'iter necessario per dimostrare competenza infermieristica nello sviluppo della professione e del Nursing.

## **ABSTRACT**

### ***Nursing Competence***

In this work different aspects of Nursing Competence are examined.

In the first part the terminology is clarified together with its historical and cultural Nursing development.

Authors analyse the international literature regarding the topic and the thought of eminent Nursing scholars.

In the second part some reflections are given regarding Competence in different fields as: legislation, ethic, education and administration as well as Nursing Research.

Conclusions aim to offer the path to demonstrate Competence in order to develop Nursing discipline and profession.

**Relazione presentata all'XI Congresso della  
Federazione Nazionale Collegi IPASVI**

**Firenze - Novembre 1996**

**PREMESSA**

Oggetto del presente lavoro è la *competenza professionale* esaminata attraverso un'analisi della letteratura infermieristica e dei diversi pensieri del mondo accademico disciplinare e non.

Lo scritto vuole dare al lettore diversi spunti per ulteriori discussioni e per riflessioni personali ma non pretende di essere un prodotto esaustivo e approfondito sull'argomento.

La bibliografia allegata è un valido strumento di lavoro per chi volesse continuare lo studio in modo più sistematico.

Per facilitare la lettura della relazione, illustriamo di seguito lo schema che abbiamo seguito per la sua stesura.

Nella prima parte si portano delle considerazioni generali sull'argomento cercando di definire l'ambito della discussione; segue poi un'analisi della letteratura internazionale nel campo e si riportano i diversi pareri ed interventi di personalità del mondo accademico infermieristico.

Nella seconda parte, pensando alle funzioni infermieristiche, si riportano alcune riflessioni sulla competenza riferita ad ambiti particolari e significativi della professione (competenza e legislazione, competenza ed etica, competenza nella formazione e nei Servizi. Valutazione, competenza e ricerca). Campi che influenzano in modo significativo l'espletamento delle funzioni infermieristiche stesse.

Nelle Conclusioni, partendo da una chiarezza sul *dominio* del nursing, si sottolineano alcuni principi di fondo per l'infermieristica e si tenta di suggerire alcune priorità per lo sviluppo e la leadership del Nursing nel nostro Paese.

**PRIMA PARTE****INTRODUZIONE**

Competenza è un termine molto ampio dove è difficile stabilire dei confini precisi di comprensione. Intuiamo il significato ma per chiarezza dobbiamo necessariamente riferirla ad un contesto specifico. Un significato generale ed astratto che per essere esplicativo ha bisogno di un riferimento definito che dia concretezza al pensiero e all'azione.

La competenza è lo strumento per assumere le responsabilità inerenti un dato lavoro e si acquisisce progressivamente attraverso conoscenze di carattere generale e specifico.

Esistono dunque, diversi livelli di competenza, empiricamente possiamo dire che essa è il risultato della conoscenza ma anche delle abilità, dei giudizi, del pensiero critico, della personalità, della creatività, della conoscenza di se stessi, della esperienza e della cultura. L'insieme di tanti fattori che contribuiscono in modo diverso allo sviluppo e alla definizione di competenza.

Possiamo allora chiederci in generale, per che cosa è competente l'Infermiere, oppure quali sono le compe-

tenze dell'Infermiere in una certa situazione, o ancora se la risposta ad un certo bisogno di assistenza è stata competente.

Sono tutte accezioni diverse della competenza che singolarmente richiedono stadi diversi di sviluppo di conoscenza, richiedono una particolare padronanza di abilità e necessitano di strumenti adatti per la loro valutazione. Tutti questi fattori dovrebbero manifestarsi in un insieme armonico e il prevalere di uno o dell'altro influenza il risultato assistenziale nel suo insieme.

Quando pensiamo alla competenza sottintendiamo la capacità di adattamento e di risposta selezionata ed appropriata ad una certa realtà socio culturale in cui viviamo; questo concetto si collega allora ad una dinamicità e modificabilità nel tempo della competenza, con una infinità di variabili che influiscono su di essa.

Se percorriamo a ritroso il cammino dell'evoluzione umana sino alle prime organizzazioni sociali, notiamo che assistenza, medicina, farmacologia non erano distinte da ambiti di competenza in quanto le conoscenze specifiche erano un tutt'uno con la magia e il mondo empirico. In seguito la religione, il pensiero filosofico, l'organizzazione e le condizioni socioeconomiche hanno avuto (ed hanno) un ruolo di primo piano nella storia e indirettamente hanno influito e condizionato anche l'evoluzione della competenza negli specifici ambiti.

Se poi diamo uno sguardo alla storia dell'assistenza e focalizziamo i diversi periodi storici, possiamo vedere che la competenza, mentre segue lo sviluppo sociale e scientifico si esprime nel tempo attraverso l'espressione delle attenzioni umane rivolte alla salute, e nello stesso tempo fornisce un indicatore per la lettura della cultura e della civiltà di un popolo. La conoscenza in termini formativi è l'insieme dei contenuti teorici e delle relative conseguenti competenze richieste all'infermiera. Infatti se analizziamo la storia dell'assistenza infermieristica pensando alla formazione necessaria per metterla in atto, possiamo subito notare che le competenze richieste ad un'infermiera che svolgeva un'assistenza materna e di custodia, o la competenza di un'infermiera con una formazione molto tecnicistica o con una formazione paramedica, mini-medica o, come vorremmo intendere oggi le competenze necessarie per un'assistenza individualizzata ed olistica, le conoscenze per un'assistenza che prenda in considerazione anche la famiglia, sono molto diverse e differenziate tra di loro. I singoli modelli richiedono competenze diverse e sono altamente influenzati dallo sviluppo sociale, dal progresso scientifico, dalla formazione generale e da quella professionale specifica (fig. 1).

La professione infermieristica, laicizzandosi sempre di più nel tempo, in coincidenza con lo sviluppo tecnologico e scientifico e con il delinearsi di un proprio corpo di conoscenze, viene ad assumere una propria connotazione morale, scientifica, tecnica ed acquisisce un proprio, ben delineato e definito dominio (campo) di competenza.

## Lo Sviluppo del Nursing

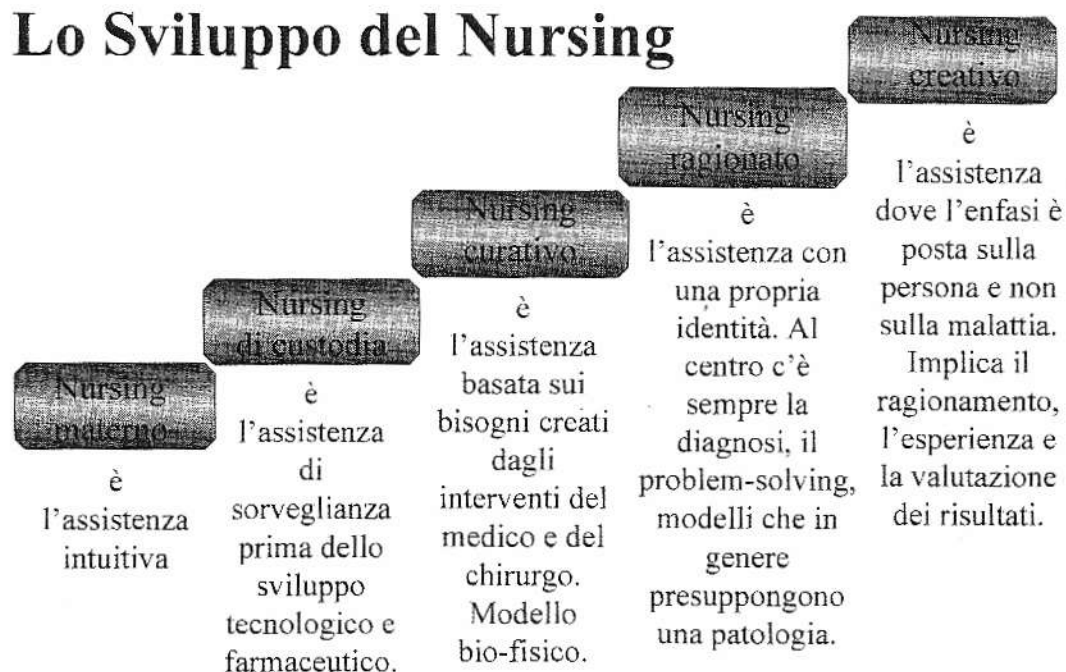


fig. 1

### SIGNIFICATO DI COMPETENZA

Nonostante nell'accezione comune sia chiaro il concetto e l'uso della parola competenza, al fine di avere un linguaggio univoco, sentiamo la necessità di definirla servendoci delle indicazioni dei vocabolari.

Le definizioni più comuni sono:

- \* "Piene capacità di orientarsi in determinate questioni" (Devoto, '71)
- \* "Capacità, adeguatezza" (Webster's Third New International Dictionary)
- \* "Idoneità e autorità a trattare, giudicare, risolvere determinate questioni; capacità di affrontare efficacemente una situazione interagendo attivamente con l'ambiente" (Taber, '94)
- \* "raggiungimento di chiari obiettivi specifici che caratterizzano la competenza in un dato campo" (Clayton, '83)

Anche il confronto con la cultura professionale di altri Paesi può aiutarci ad interpretare come viene percepita la competenza: in uno studio condotto dai Collegi professionali svedesi (Hindsen, Fridlund, 1985) tramite questionario rivolto agli infermieri, si concludeva che la competenza è una abilità per:

- creare una buona atmosfera
- rivolgersi sempre al paziente con un approccio etico ed umanitario
- insegnare ed istruire
- organizzare, dare priorità, cooperare e produrre documentazione

- usare la conoscenza teorica con il dovere di metterla in pratica

- essere sensibili allo sviluppo e al cambiamento

Questo lavoro (come del resto le definizioni dei vocabolari) ci fornisce l'idea di competenza come qualche cosa di molto ampio, infatti sottolinea che ogni singolo infermiere, per essere considerato competente, oltre ad avere un vasto campo di conoscenze teoriche e la coscienza del ruolo sociale, deve anche avere uno spiccato senso di appartenenza alla professione.

Altrettanto interessanti sono le indicazioni che risultano da uno studio sull'argomento degli infermieri tedeschi (Elsberud 1994) i quali considerano fondamentali per la competenza infermieristica le connessioni tra conoscenza e azione richiamando l'attenzione sull'atto morale, vista la complessità del sistema Uomo.

Gli studi provenienti dai colleghi americani (ANA) sottolineano che l'infermiere deve essere capace di rispondere alle domande di cura di un individuo o di un gruppo inserito in una società in evoluzione e multiculturali. Questo richiede non solo ampie conoscenze cliniche di base ma in particolare, la capacità di stabilire un processo comunicativo sofisticato come vero indicatore di competenza.

La competenza come risulta da diversi studi, non è automatica ma deve essere plasmata, esercitata e sviluppata dall'infermiere sinceramente motivato al processo di salute della Persona.

Gli studi che provengono dall'Australia (Schweer, 1983) sottolineano la necessità di offrire un servizio umanistico attraverso la valorizzazione della piena

competenza al fine di riconciliare l'Arte e la Scienza del Nursing verso un futuro che possa unire teoria e pratica. In base ai risultati di questi studi, nel tradurre nella clinica il binomio Arte e Scienza occorrono creatività e flessibilità intese come abilità e competenza appunto a provvedere ad una cura specifica e individualizzata.

L'assistenza competente diventa pertanto il risultato di tante variabili, compresa la personalità, che sono di corollario e diventano strumenti di traduzione delle conoscenze.

Inoltre la collaborazione e la socializzazione con gli altri professionisti sanitari perfeziona, arricchisce la competenza professionale e il piano di assistenza multidisciplinare.

Anche la creatività intesa come "particolare sensibilità ai problemi, capacità di produrre idee, originalità nell'ideare, capacità di sintesi e di analisi, capacità di definire, di strutturare in modo nuovo le proprie esperienze e conoscenze" (Vocabolario lingua italiana Treccani, 1983) influenza significativamente la competenza.

Non a caso nei tempi antichi la creatività apparteneva solo alla divinità. Solo in tempi successivi si è riferita la creatività anche al pensiero e all'azione degli esseri umani; per un lungo periodo l'aggettivo creativo ha descritto doti e talenti artistici fino alla storia contemporanea, dove si pone l'attenzione al processo creativo applicato all'industria, agli affari, alla scienza, alla psicologia, alla psichiatria. In questa logica "il prodotto finale dell'atto creativo, sia esso un'idea, un oggetto, un'invenzione o una prestazione, dipende dalla persona e dal grado in cui questa attiva le proprie capacità per creare nuove relazioni con l'ambiente" (Holloway, 1993).

Il primo passo della creatività comporta la riduzione delle resistenze psicologiche e una apertura mentale. Tutto questo consente l'acquisizione di dati, l'ascolto, il processo di traduzione dei dati in modelli significativi e l'adattamento di questi alla situazione del momento.

Così non solo si assume il rischio delle proprie idee ma si avanzano ipotesi e ci si addentra profondamente nel problema con una continua valutazione di esso.

Il processo creativo espresso in questo modo, appare parallelo al problem solving applicato al nursing; la differenza consiste nel fatto che il processo creativo oltre a contribuire alla risoluzione del problema del cliente, gratifica l'operatore premiandolo, in un certo senso, per la propria competenza.

In questa ottica possiamo sicuramente affermare che la creatività contribuisce all'avanzamento del Nursing. Durante l'attività lavorativa quotidiana l'infermiere anche attraverso la creatività elabora e usa le conoscenze teoriche acquisite, affina abilità e personalità professionali che permettono l'acquisizione della padronanza delle competenze.

Ma come si differenzia la competenza infermieristica dalla competenza di un artigiano o dalla competenza di un fisico?

Non vogliamo in questa sede approfondire e discutere la differenziazione tra mestiere e professione, ci limi-

tiamo solo a sottolineare che le competenze sono legate al ruolo. L'Infermiere possiede le caratteristiche del ruolo e dello status di professionista in quanto può dimostrare (anche se ci rendiamo conto che nella realtà lavorativa italiana dovremmo purtroppo mettere in discussione alcune affermazioni) i principali attributi che distinguono una professione da un mestiere.

(Lieberman, Marriner 95). Una professione possiede ed è caratterizzata:

- 1) da un corpo sistematico di conoscenze teoriche e applicate
- 2) dalla legittimazione di un potere specifico sotto forma di autorità derivante dalla competenza
- 3) dal riconoscimento sociale di questa autorità
- 4) da un codice deontologico collaudato e chiaro
- 5) dal fatto che il lavoro si presenta come un servizio sociale unico, definito ed essenziale.
- 6) e si fonda su processi intellettivi complessi che non escludono la presenza di operazioni manuali

Questo fornisce a tutti i membri del gruppo *l'imprinting* che garantisce la riproduzione della professione stessa, la trasmissione di conoscenze teoriche e pratiche, ed una competenza specifica basata su valori ben identificati.

Le competenze infermieristiche derivano da conoscenze e da abilità: conoscenze intese come *sapere* e che vengono utilizzate nella pratica clinica e non, ai diversi livelli di funzione e di ruolo; conoscenze che si traducono in competenza attraverso le *abilità*, le percezioni ed anche l'intuito. E' appunto tutto questo insieme che rappresenta il campo della scienza e dell'arte del Nursing.

La conoscenza non è dunque da intendersi come puro atto del conoscere in quanto presenza nella mente di una nozione. Poiché la mente non è uno specchio passivo su cui si riflettono le immagini di una realtà esterna (in sé compiuta), ma una realtà attiva, la conoscenza di una cosa si identifica con *l'esperienza* che il soggetto fa di essa ed è il risultato di una ricerca e di una relazione reciproca tra uomo e ambiente.

Forse oggi non abbiamo sufficiente coscienza della nostra conoscenza poiché da un lato dividiamo quello che consideriamo teoria dalla pratica e dall'esperienza come se l'una non fosse il reciproco sostegno, continuo contributo, e sviluppo dell'altra. Ci pare inoltre che la professione infermieristica italiana sia ancora alla ricerca di una identità professionale: essa non ha mai formulato esplicitamente *un modello concettuale* che serva da guida per determinare, definire e sviluppare la competenza professionale.

L'Infermiere può dunque applicare e dimostrare la competenza in ogni ambito delle funzioni infermieristiche e cioè:

- \* nella pratica clinica
- \* nell'insegnamento
- \* nella organizzazione



\* nella ricerca contribuendo così a creare l'unicità della competenza del sapere e dell'espletamento della professione ai diversi livelli.

LA COMPETENZA NELLA LETTERATURA INFERMIERISTICA

Nella letteratura si parla di competenza sottolineando il risultato di:

*conoscenze teoriche* - "La conoscenza **di qualche cosa**" e di

*conoscenze pratiche* - "La conoscenza **di come**"

Si distinguono poi tre diversi momenti:

1) una conoscenza a priori che deriva dalla scienza e dalle leggi invarianti della natura che sono indipendenti dallo scienziato (es. fisica) anche se la discussione odierna del mondo scientifico tende a rivedere alcuni assiomi.  
2) una conoscenza derivante dall'esperienza dove l'uomo diventa attore/agente di questa conoscenza.

Le scienze umane assumono che lo scienziato contribuisca, in parte allo sviluppo della conoscenza (Chinn e Kramer, '91)

3) la funzione della conoscenza che agisce da determinante interno dell'azione e orienta la pratica. (es. Medicina, Infermieristica). Nell'infermieristica infatti il risultato della ricerca sul campo rappresenta questo determinante interno che produce conoscenza, una conoscenza che orienta la pratica clinica e che fa scoprire nuovo sapere. Il sapere prodotto sarà utilizzato poi nell'insegnamento e nella formazione e di nuovo, avrà un riscontro applicativo nella pratica in un continuum che porta alla costruzione di nuova conoscenza e della disciplina o dell'arricchimento di essa.

Perché questo possa avvenire, formazione e servizio devono essere in stretta simbiosi, la ricerca funge dunque da raccordo tra la teoria e la pratica (Fig. 2).

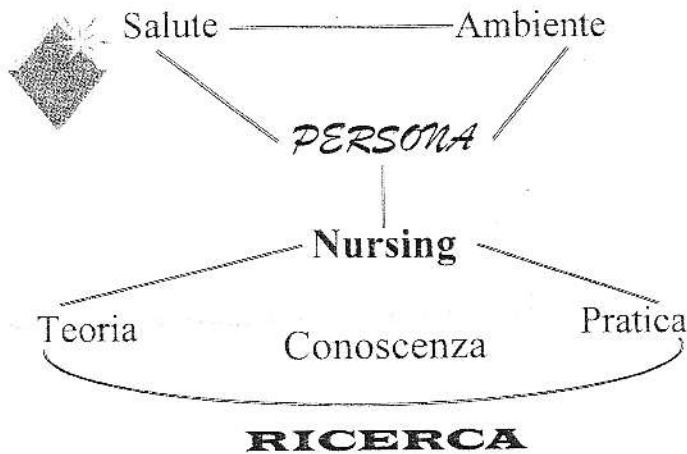


fig. 2

Nella letteratura infermieristica diversi studiosi si sono occupati della competenza dell'Infermiere passando attraverso lo sviluppo della conoscenza (Johnson, 1968, Carper, '78, Benner, '82, Meleis, 1982, Chinn e Kramer, 91).

Johnson (1968) partendo dal principio che l'Uomo è parte della natura, descrive tre tipi di conoscenza per il Nursing:

*conoscenza dell'ordine, conoscenza del disordine e conoscenza del controllo.*

In questa ottica la conoscenza infermieristica contiene informazioni sull'esistenza in sé della Persona (conoscenza dell'ordine), sugli effetti potenziali del *disordine* (malattia, problemi...) e le implicazioni per l'esistenza umana, sui possibili processi di controllo che preven- gono i *disordini* (Roy, 1983). Tutti questi fenomeni sono il campo del Nursing (Donaldson & Crowley, 1978). Appartengono alla *conoscenza dell'ordine* tutti i principi e le leggi che influenzano i processi di vita, appartengono alla *conoscenza del disordine* l'ambiente e l'insieme di come l'uomo interagisce con esso nei diversi momenti della vita; alla *conoscenza del controllo* i processi che possono produrre dei cambiamenti positivi in relazione allo stato di salute. In questi campi, in base ai diversi ruoli, si sviluppano dunque le competenze infermieristiche.

Carper (1978), lavoro ripreso ed approfondito da Chinn e Kramer, (1991), ha esaminato la letteratura infermieristica ed ha descritto quattro modi nei quali gli infermieri usano e sviluppano la conoscenza per la competenza della pratica quotidiana:

- 1) la conoscenza *etica* che è la componente della conoscenza morale nel Nursing
- 2) la conoscenza *estetica* che sarebbe l'arte del nursing, il dare significato alla percezione e come questa si rifletta nell'azione etica
- 3) la conoscenza *personale* nel nursing cioè la conoscenza del sé, per mettersi in rapporto con gli altri e per stabilire relazioni interpersonali efficaci
- 4) la conoscenza *empirica* e cioè la scienza del nursing (fig. 3).

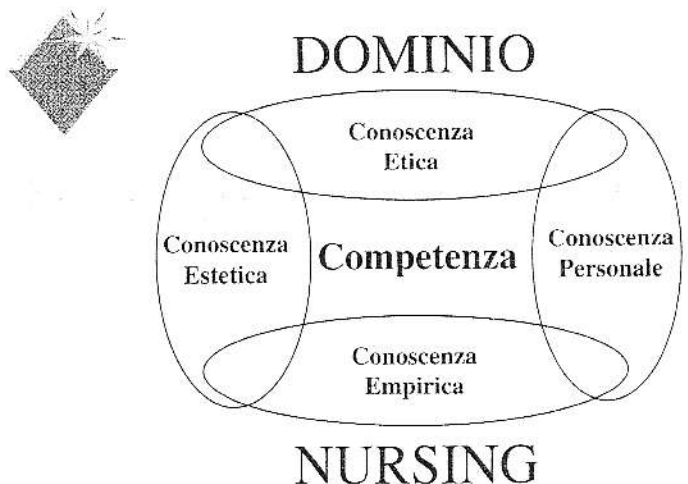


fig. 3

Carper, 1978 - Chinn - Kramer 1991

Empirismo come modello di conoscenza derivante dall'idea tradizionale di scienza dove la realtà è vista come un qualche cosa misurabile e verificabile.

Queste conoscenze sono in continua integrazione e i quattro momenti sono nell'insieme la conoscenza. Gli infermieri sviluppano su questi le competenze mettendo a fuoco ed integrando, spesso inconsapevolmente, l'uno o l'altro momento della conoscenza.

Anche Meleis (1985) ha definito diversi stadi nella costruzione della conoscenza in base alle competenze necessarie in ognuno di essi. Ne ha identificati cinque ed è interessante pensare in quale di questi stadi possiamo inserire lo sviluppo infermieristico italiano. Questa studiosa distingue:

1) *stadio della pratica* - considera il cliente/paziente e l'ambiente nel quale viene data l'assistenza. Nightingale e Al-Islamiah non hanno forse monitorato l'ambiente nel quale si svolge l'assistenza? In questo stadio è molto importante la competenza *pratica*, essa corrisponde alla stessa ragione di essere del nursing.

2) *stadio dell'Educazione e Amministrazione* - il focus viene posto sul curriculum e su come vengono preparati i docenti e gli amministratori infermieri. E' il periodo in cui negli Stati Uniti nascono i primi tentativi di elaborazione teorica.

3) *Stadio della Ricerca* - Ricerca a diversi livelli per trovare nuovi modi di sviluppo della conoscenza del Nursing e della direzione del nursing stesso. La ricerca sviluppa le conoscenze che servono all'infermiere per il suo lavoro quotidiano, in altre parole la ricerca sviluppa la disciplina e l'assistenza. Anche se in questo stadio, come nelle altre scienze, veniva enfatizzata la sintassi scientifica - il processo piuttosto del contenuto della ricerca stessa (Kuhn 1970) - possiamo considerare questo periodo quello della ricerca vera e propria e del nursing che necessita e si sviluppa, partendo dalla conoscenza specifica.

4) *stadio della Teoria* - è il periodo nel quale sono messi in atto molti sforzi per separare il nursing dalla medicina. C'è il rifiuto dell'unità del sapere: anche il nursing non può occuparsi di un solo aspetto dell'Uomo (come la biologia non può essere riducibile alla fisica pur avendo con essa relazioni). Il nursing è complesso, con concetti e anche metodi autonomi.

I diversi pensieri filosofici hanno influenzato nel tempo il Nursing e l'evidenza è chiaramente riscontrabile nelle diverse teorie infermieristiche.

5) *stadio della Filosofia* - E' il periodo nel quale il nursing riflette intorno agli aspetti concettuali della pratica; in questo stadio si pongono domande sulla natura della conoscenza infermieristica (Silva, '77, Carper, '78), si riflette sulla congruenza tra la conoscenza del nursing e la metodologia della ricerca (Allen, Benner Diekeman, 1986).

E' dunque il periodo della disciplina vera e propria.

Altri studiosi hanno esaminato il tipo di sapere infermieristico. Anche Belenky et al. (1986) in un interessante libro "Modi di conoscere delle donne" ha delineato diversi tipi di conoscenza: *conoscenza silenziosa*, *conoscenza ricevuta* (la voce degli altri), *conoscenza soggettiva* (la voce interiore), *conoscenza procedurale* (la

voce della ragione) e *conoscenza strutturata* (l'integrazione delle voci), in base alla elaborazione e alla espressione della competenza. Molto interessanti sono poi gli studi di Kidd e Marrison (1988) che in base alle classificazioni di Beleenki allineano ed affiancano ad esse lo sviluppo del pensiero teorico e della ricerca nel Nursing.

Un altro studioso, Benolied (1987) esamina la competenza attraverso i comportamenti infermieristici nelle diverse situazioni professionali e secondo le capacità di percepire la complessità, in base all'esperienza.

Sarebbe interessante, ma non è l'obiettivo del nostro lavoro, mettere in relazione tutti questi studi che noi semplicemente enunciamo, con il relativo sviluppo delle scienze umane, della pedagogia, della sociologia, della psicologia e della filosofia nei diversi periodi, per capire la relazione tra queste diverse discipline e il Nursing, per capire come gli studiosi del Nursing hanno usato i concetti delle altre discipline nello sviluppo del Nursing stesso.

Gli infermieri ricercatori nell'approfondimento della disciplina hanno capito come sia necessario avere una ampia visione di studio e di competenza rispetto all'evoluzione storica e scientifica, per mettere a fuoco la specificità infermieristica ed hanno, in questo periodo, profuso un impegno e fatto uno sforzo immenso al fine di elaborare scientificamente l'infermieristica affinché potesse essere considerata una disciplina. Questi studi sono molto importanti perché tentano di mettere a fuoco il nursing e lo sviluppo della relativa competenza nell'assistenza riportandoci ad una visione delle diverse componenti e dei diversi stadi di sviluppo.

Spesso nella letteratura infermieristica si confonde la conoscenza teorica con la conoscenza pratica (Carper, '78, Collins & Fielder, '81). La mancanza di attenzione alla documentazione di osservazioni che provengono dalla pratica clinica, in quanto risposta all'applicazione di una conoscenza teorica, limita la ricchezza e l'unicità di quelle conoscenze che si sviluppano anche inconsapevolmente nella pratica clinica, conoscenze che in parte si traducono in competenza e che sono essenziali poi anche per la crescita della teoria. (Potrebbe essere la base per lo sviluppo della *conoscenza strutturata* di Belenky, conoscenza che si crea attraverso la logica, l'intuizione e l'esperienza e che nel nostro campo, ancora non è stata monitorata, raccolta e come conseguenza non è stata ancora definita).

La conoscenza ha necessità dell'esperienza. L'esperienza è il requisito per diventare esperti (Heidegger 1962, Godamar, 1972) e in questa accezione l'idea della conoscenza è influenzata dal pensiero filosofico che la sostiene. L'Infermiera esperta percepisce la situazione in base a conoscenze scientifiche e il suo alto livello di competenza le permette di scartare i dati non ritenuti necessari (Dreyfus H., 1979, Dreyfus S., 1981).

Benner (1984, 1991) in una ricerca condotta in campo infermieristico, ha utilizzato il modello delle abilità di Dreyfus nel quale si differenziano cinque livelli di

competenza conseguenti e dipendenti dal tipo di esperienza. Questo modello per lo studio della competenza è stato messo a punto nelle simulazioni di situazioni d'emergenza con i piloti di aereo e con osservazioni mirate effettuate sui giocatori di scacchi. Benner ha adottato il modello, e lo ha sperimentato studiando la sua applicabilità nella acquisizione della competenza clinica dell'infermiere. In analogia, ha sottolineato cinque diversi livelli di competenza infermieristica: l'infermiere *novizio* non ha esperienza, il comportamento è limitato alla situazione in atto ed ha bisogno di guida; l'infermiere *principiante* ha visto diverse situazioni ed in queste ha imparato qualche cosa, può usare le conoscenze pensando alle situazioni precedenti ed usando la poca esperienza; l'infermiere *competente* conosce bene la situazione ed è in grado di pianificare l'assistenza anche a lungo ter-

mine dando delle priorità alle azioni. Sa distinguere aspetti particolari, cerca la soluzione dentro di sé e cerca di orientare l'assistenza anche attraverso la teoria; l'infermiere *abile* usa l'esperienza e le regole professionali, ha la percezione della situazione nel suo insieme; è capace di riconoscere e reagire anche a fenomeni insoliti, a situazioni non conosciute; l'infermiere *esperto* ha un grande bagaglio di esperienza, arriva alla risoluzione dei problemi, usa l'intuito e tende ad esaminare gli aspetti morali ed etici dell'assistenza. Gestisce ciascuna situazione attraverso lo sviluppo di pensieri derivanti dalla teoria. In effetti, se pensiamo anche individualmente alla nostra vita professionale, possiamo identificarci in questi diversi stadi ma la competenza non è solo il risultato di conoscenza e di esperienza.

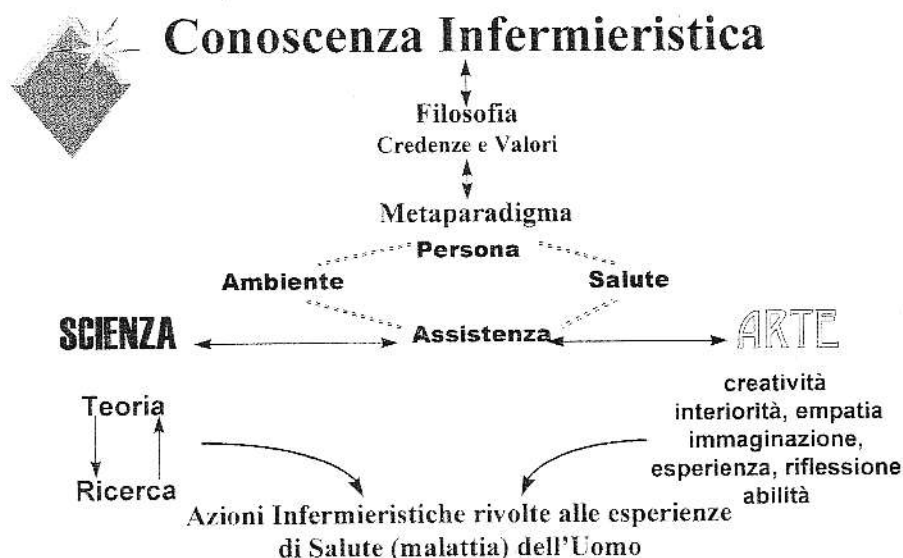


fig. 4

Dicevamo prima che in letteratura si parla del Nursing come *arte* e come *scienza* (Rodgers, '89, Philips, '91, Gortner, '93, Mitchell, '94); *scienza* in quanto disciplina basata su concetti teorici e scientifici, *arte* in quanto traduzione nella pratica di conoscenze che vengono arricchite dall'uso dell'intuito, della percezione e dell'esperienza, tutti fattori che contribuiscono in qualche modo alla costruzione della competenza. (fig. 4) Secondo Jung (71) noi umani mettiamo ordine nel nostro mondo in base a come percepiamo e giudichiamo l'esperienza. Egli descrive quattro funzioni psicologiche di base che si compensano vicendevolmente si contrappongono: pensiero/sentimento - sensazione/intuito (fig. 5).

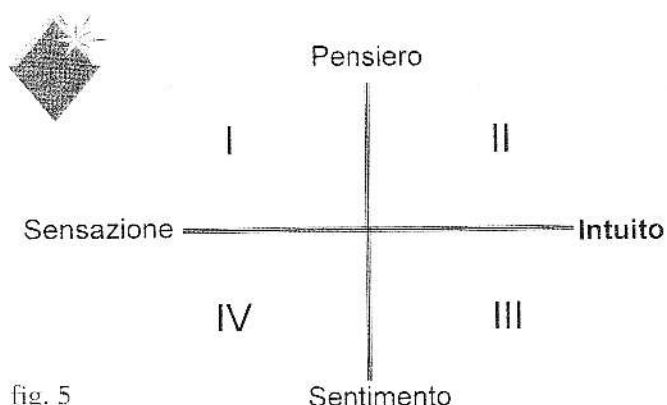


fig. 5



Ognuno di noi, pur avendo insite tutte queste caratteristiche, in effetti è rappresentante elettivo di una funzione psicologica e questa lo contraddistingue.

Le sensazioni e l'intuito avvengono anche nel nostro inconscio e sono stimolate dall'ambiente e dalle esperienze: le sensazioni necessitano di stimoli esterni che raccogliamo con tutti i nostri sensi, l'intuito spesso è il risultato di percezioni elaborate nell'inconscio e senz'altro contribuisce sebbene in parte, a dare una direzione alla scelta delle nostre decisioni.

Il pensiero e il sentimento coinvolgono l'analisi, la valutazione, il giudizio dell'informazione, hanno bisogno del ragionamento e della valutazione, usano la logica.

Questi concetti sono stati applicati nel management, nella presa delle decisioni, nelle valutazioni psicologiche e nell'indagine scientifica (Mitroff e Kilmann, 1978).

Noi pensiamo che siano utilizzabili anche nell'assistenza infermieristica poiché l'integrazione e le differenziazioni di questi elementi sono il fondamento dello sviluppo individuale.

Secondo chi scrive, il pensiero di Jung è utile per capire le percezioni e gli orientamenti nel Nursing. E' necessario infatti, imparare ad osservare i nostri processi del pensiero e dell'ideazione quando diamo assistenza per metterli in relazione con l'esperienza separando il pensiero dal sentimento. Noi riteniamo che pensiero, sentimento, sensazione ed intuito siano una buona chiave di lettura per osservare noi stessi e analizzare quanto facciamo, siamo pertanto convinti che le riflessioni su queste funzioni psicologiche siano una chiave utile ad aprire la porta che ci conduce verso uno sviluppo ragionato dell'assistenza olistica e creativa.

Queste funzioni descritte da Jung, partecipano dunque, assieme all'elaborazione della conoscenza e arricchite dall'esperienza, alla definizione della competenza stessa.

Proprio perché ogni infermiere ha uno specifico bagaglio culturale ed una propria personalità; proprio perché appartiene prevalentemente ad una o all'altra delle categorizzazioni delle funzioni psicologiche, di conseguenza le competenze così come le capacità di mettersi in relazione con l'altro, il rapporto con la persona, le capacità empatiche, si differenziano e sono legate ai singoli individui.

Per essere dei bravi infermieri sono allora importanti anche le attitudini e il grado di sensibilità personale.

A volte anche la *conoscenza tacita*, come viene definita dal filosofo Polanyi (1967) è importante, è infatti quel qualche cosa per il quale riconosciamo una persona nella folla anche se non la vediamo da molto tempo, usiamo la percezione tattile per riconoscere le cose, sappiamo andare in bicicletta o guidare la macchina anche dopo molto tempo di non uso; in altre parole usiamo l'esperienza, la memoria e abbiamo anche la "sensazione" del giusto o dello sbagliato. Così succede anche all'infermiere che in base alla competenza e alla esperienza spesso prova sensazioni, percezioni, le riconosce e le usa mediate dal pensiero scientifico che è stato in precedenza appreso elaborato e fatto proprio bagaglio di conoscenza. L'infermiere *esperta* non per-

*cepisce* forse la situazione? non ha forse in sé un campanello d'allarme *dell'esperienza* che le fa dire nel gergo comune "questo malato non mi piace...", questo malato si sta aggravando..., Questo ammalato ha bisogno di...?"

Gli infermieri usano il giudizio valutano i dati usando la logica (conoscenza) e l'emozione (esperienza, sentimento) come sottolineava Jung. Naturalmente nella presa delle decisioni infermieristiche ci sono dei canali preferenziali ma le due funzioni, come in altro modo ha messo in luce Benner nell'analisi della competenza, sono sempre interrelate e si influenzano vicendevolmente, la percezione da sola non basta così come la conoscenza da sola non basta.

Esiste dunque una conoscenza ed una conseguente competenza di base che possono essere comuni (scienza) ma il loro espletamento è legato anche a fattori individuali (arte).

Secondo Benner il dominio (il campo sia teorico che pratico) della competenza infermieristica nella pratica clinica si sviluppa attraverso:

- \* la relazione di aiuto
  - \* la funzione di insegnamento e di formazione
  - \* la funzione assistenziale e documentativa del paziente
  - \* il *management* effettivo delle situazioni di rapido cambiamento
  - \* l'amministrazione e il monitoraggio degli interventi terapeutici
  - \* il monitoraggio e l'assicurazione di una assistenza di Qualità
  - \* le competenze organizzative e del proprio ruolo
- Sarebbe troppo lungo, anche se estremamente interessante, analizzare come la competenza si manifesta in ognuna di queste variabili, possiamo solo dire che lo sviluppo dipenderà dalle conoscenze, dall'esperienza, dal livello di responsabilità, dal riconoscimento sociale della competenza ad una professione, ma preferiamo continuare il nostro discorso in senso generale e rimandare questa trattazione ad altra sede.

## SECONDA PARTE

### COMPETENZA E LEGISLAZIONE

L'Attività professionale è regolata da normative ben definite dalle quali possiamo evincere gli ambiti di competenza della professione infermieristica e che delimitano lo svolgimento del lavoro stesso.

Il problema è che spesso nel nostro campo la legislazione non segue lo sviluppo del pensiero e della conoscenza ma è limitata da altre variabili (politica, potere, sviluppo economico, altre professioni) spesso non dipendenti dai professionisti. Ci troviamo spesso con una legislazione limitata ed obsoleta rispetto alla maturità professionale.



Nelle fonti legislative che regolano il nostro lavoro, riconosciamo una competenza infermieristica che si articola in senso *orizzontale* (DPR 225/74) considerata la specificità dell'operatore (gli infermieri hanno competenze diverse anche in base alla loro formazione) e una in senso *verticale* (DPR 761/79 - 821/84) considerando le diverse posizioni funzionali della professione.

Nonostante vi sia stato recentemente il riconoscimento da parte dello Stato (DM 739/94) del ruolo e della specificità della professione, non possiamo proiettarci in avanti prospettando interventi ispirati all'autonomia, scientificità, assistenza individuale, pianificata e globale quando a guida e legittimazione delle proprie azioni vi sono da un lato norme che prevedono un'attività esecutiva e per mansioni (DPR 225/74) (creando una dicotomia frustrante nella quale si propone un'assistenza di alto livello ma senza spazi per realizzarla) e dall'altro l'attività infermieristica è asservita a quella medica e amministrativa (DPR 128/69 artt. 41-44, DPR 821/84 artt. 19, 20, 21).

La responsabilità dell'Assistenza infermieristica verso la professione e verso il cittadino non è giuridicamente in mano all'infermiere: l'infermiere infatti non gestisce al vertice servizi propri e neanche gestisce la formazione che prepara alla professione. In termini giuridici non ha accesso alla dirigenza ma è sempre un altro professionista ad essere responsabile apicale per e dell'Infermiere. Molta legislazione in effetti limita il lavoro dell'infermiere rispetto alle competenze possedute e spesso soprattutto sul territorio, l'infermiere si trova a lavorare senza legge.

A livello europeo possiamo fare nostre alcune indicazioni che provengono da organismi sovranazionali come l'OMS attraverso il programma della "Salute per Tutti" dove sono molto chiare le competenze infermieristiche nella politica generale della salute; ma nel nostro caso, con i limiti dei quali abbiamo appena parlato!

Anche le linee guida per la Regolamentazione dell'Assistenza infermieristica proposte dal Consiglio Internazionale degli infermieri sono un valido riferimento poiché vengono applicati in campo infermieristico i principi della valutazione della Qualità. In base a questi principi, gli infermieri ai diversi ruoli e competenze, definiscono l'assistenza e il servizio da mettere a disposizione del cittadino. La valutazione della Qualità, è uno strumento dell'autonomia e del potere infermieristico poiché sono i professionisti, tra pari, gli infermieri a decidere ed a definire l'assistenza infermieristica, a valutarla ed in base a questo, ad orientarne lo sviluppo. Chi scrive pensa che per i principi dell'equità e delle pari opportunità, gli infermieri debbano unirsi a livello europeo al fine di avere una legislazione coerente con i principi sottesi agli accordi della Comunità europea al fine di sviluppare competenze che siano interscambiabili come sostengono i diversi accordi e programmi europei.

## COMPETENZA ED ETICA

Lavorando sull'Uomo, la questione etica è parte integrante della giornata dell'infermiere ma non intendiamo affrontare il problema dell'etica da questo punto di vista perché già Altri, in altre sedi lo hanno fatto. Possiamo solo dire che la competenza deve essere sviluppata dinamicamente, così come dinamico è lo sviluppo di ciò che succede intorno a noi e dentro di noi. Solo in questo modo possiamo adeguarci ai bisogni emergenti, in una società che cambia rapidamente. La competenza in campo etico è dunque problematica, impellente e necessaria.

La scienza, il diritto, la filosofia, l'antropologia pongono con il loro bagaglio di sapere, domande sempre più pressanti alle quali l'etica deve dare una risposta e l'infermiere deve continuamente apprendere e documentarsi. Basti pensare a quello che è stato lo sviluppo scientifico-tecnologico nella procreazione assistita o all'indirizzo che l'eugenetica va assumendo, per capire quali possono essere i nuovi dilemmi della professione. E come non soffermarsi sulle recenti disposizioni che in alcuni paesi hanno permesso in parte, una liceità dell'eutanasia?

Come deve comportarsi e quali scelte deve fare l'infermiere, nel relazionarsi con pazienti le cui problematiche afferiscono agli ambiti appena descritti?

Quali saranno le scelte nella sua opera, nelle diverse situazioni che influiscono fortemente sull'etica e la morale di ogni professionista?

E' evidente che oltre a pesare il proprio bagaglio personale di convinzioni etiche, morali e religiose, peseranno non poco le competenze che si saranno acquisite nell'attività professionale.

Coscienti che la nostra professione è una risposta al bisogno di salute, accettiamo la sfida di un impegno etico per la costruzione comune della realtà, del lavoro e della competenza nella nostra professione che al centro pone l'Uomo e la sua dignità.

Vorremmo però, in questa occasione, affrontare l'argomento competenza ed etica da un altro punto di vista, da quello generale della professione. A noi pare che uno dei problemi etici generali di fondo e attuali, della professione rispetto alla competenza, sia quello di riuscire ad integrare e far interagire i diversi settori: formazione, servizi, formazione continua e sviluppo personale. Crediamo che la separazione di questi diversi ambiti limiti lo sviluppo della competenza infermieristica stessa.

L'impegno professionale è uno stile di vita dominato da valori che stimolano la formazione e la crescita di una coscienza professionale, una voce interna che guida il comportamento, è il modo con il quale le problematiche e la sensibilità etica viene trasmessa. La competenza è una delle caratteristiche (Christman) misurabili di questo sistema di valori.

Il livello di competenza è osservabile nelle abilità cliniche/educative della professione e per questa ragione diventa un problema professionale etico, l'integrazione dei diversi ambiti dove si sviluppano le competenze infermieristiche. Ecco presentarsi l'urgenza di superare il gap tra la teoria e la pratica e di integrare i due campi, ecco la necessità di essere un corpo unico, che lavora insieme con intenti scientifici utilizzando vicendevolmente e mettendo in comune il *prodotto*. Anche questa è un'etica per la professione, un'etica per la chiarezza ai fini di salvaguardare l'assistenza al cittadino. Se esiste chiarezza sulla competenza infermieristica, anche i tagli economici influiranno in modo ridotto sull'assistenza e sul Nursing. Integrazione come impegno etico e come contributo all'affermazione e alla crescita della competenza.

L'unione tra la formazione e i Servizi determina il potere professionale. Tutto questo influenza la pratica e, in ultima analisi lo sviluppo della competenza.

Più specificamente pensiamo che la professione abbia una responsabilità morale di sviluppare competenza per:

\* creare una leadership infermieristica che sia il riferimento per la professione

\* risolvere e identificare i tratti etici rispetto alla formazione, al tipo di professionista che vogliamo preparare in base ai bisogni di salute, alla distribuzione delle risorse particolarmente nelle situazioni dove le responsabilità apicali non sono direttamente infermieristiche ma il problema ha una valenza ed una competenza specifica infermieristica.

\* Nella scelta delle conoscenze da trasmettere per abituare i professionisti al ragionamento morale.

\* Nello sviluppare l'obbligo morale per il quale l'assistenza e la salute dei pazienti non possono essere compromesse da incompetenza.

\* Nel monitorare attraverso la valutazione, l'incompetenza che reca danno al cittadino

\* Nel preservare la segretezza delle informazioni e nel rispettare l'autonomia dell'individuo attraverso il giudizio della competenza e la responsabilità per farla raggiungere.

#### COMPETENZA NELLA FORMAZIONE E NEI SERVIZI. VALUTAZIONE

Per parlare di competenza nella formazione e nei Servizi è necessario porsi la domanda se è possibile e come è possibile valutarla.

Certamente la legislazione, anche se abbiamo visto che spesso è limitativa, definisce o delimita certi ambiti di competenza ma per valutarla è necessario aver definito quali sono gli scopi di ciò che intendiamo produrre,

sia esso servizio sia essa formazione. E' in base a questi scopi e alle norme professionali che si costruiranno strumenti adatti, ma innanzitutto è fondamentale avere chiarezza e definire ciò che intendiamo per competenza in questo ambito. Questo significa costruire un linguaggio di dominio comune ed usare nell'infermieristica, i principi generali della valutazione della Qualità.

La letteratura infermieristica è ricca di esempi, di strategie e di spunti sull'utilizzo dei metodi di valutazione della competenza.

E' quello che per esempio hanno fatto gli infermieri australiani quando sono passati dalla definizione di atti infermieristici (compiti e mansioni) alla introduzione di dichiarazioni di competenza sia riferite alla formazione sia ai servizi.

In quell'occasione la competenza è stata definita dagli infermieri come "abilità di applicare le conoscenze e le capacità in modo scientifico e con un'attitudine appropriata alle responsabilità e alle attività specifiche". (Allan 1989).

Sono poi stati prodotti standards/norme nazionali (definizione di livelli di competenza) derivanti dall'enunciazione del modello concettuale che in quel Paese la professione aveva definito, sia per quanto riguarda la formazione sia per i servizi. Naturalmente questi standards sono il frutto del lavoro della professione e, all'interno di questo, della "revisione tra pari". Questi standards/norme vengono rivisti ogni 3-5 o più anni in relazione ai cambiamenti dei bisogni sanitari del Paese. I paesi più avanzati in questo settore sono senz'altro gli USA e l'Australia con l'Inghilterra.

In Australia (New South Wales) la Federazione infermieristica ha per esempio, sviluppato una serie di linee guida e competenze per i corsi obbligatori che portano alla certificazione e alla conseguente iscrizione all'Albo professionale.

Esistono competenze espresse anche per lo sviluppo dei curricula dei corsi di base. Quelle prese in considerazione da noi sono suddivise in sette paragrafi in base ai quali si può monitorare il prodotto della formazione: \* valutazione iniziale, \* pianificazione e interventi, \* sicurezza, \* promozione della salute, \* riabilitazione, \* comunicazione e abilità interpersonale, organizzazione della pratica (1998).

Per ognuna di queste competenze sono poi stati specificati degli obiettivi al fine di esplicitare il significato degli enunciati.

es. Competenza 1. Valutazione iniziale. "L'IP, deve essere in grado di valutare e monitorare le condizioni fisiologiche, psicologiche e sociali dell'individuo, la famiglia, in relazione all'età, alle abilità, all'ambiente socio-culturale e all'ambiente fisico".

Seguono poi gli obiettivi come: nello sviluppare queste competenze l'infermiere deve essere in grado di

- \* applicare i principi del Nursing e delle altre scienze al processo di valutazione iniziale e di monitoraggio;
- \* usare un approccio analitico nella raccolta dei dati e nel monitoraggio;
- \* identificare i bisogni sanitari degli individui, dei gruppi e delle famiglie, riconoscere i cambiamenti nello stato di salute successivi alla prima valutazione dei dati.

Queste competenze sono molto specifiche e anche esse sono sviluppate tenendo conto della esplicitazione del modello concettuale dell'Infermiere in quel Paese.

In letteratura sono riportati molti strumenti di valutazione della competenza sia per l'insegnamento che per i Servizi ma tutti hanno alla base un metodo e partono dall'enunciato dei principi di fondo che regolano le diverse istituzioni (Filosofia, missione, scopo).

E' interessante per esempio l'uso del CBE (Competency Based Education): questo metodo è stato raccomandato dal Servizio infermieristico del Vancouver General Hospital dove è stato utilizzato, per tre motivi:

- \* la competenza deriva dalla pratica clinica del mondo reale e riflette aspetti unici di ogni infermiere
- \* permette di identificare cambiamenti della pratica lavorativa man mano che l'infermiere acquisisce conoscenze, capacità ed esperienze
- \* promuove la crescita professionale identificando le strategie che aiutano l'infermiere a progredire verso livelli di competenze superiori.

Le principali aree di competenza valutate riguardano:

- 1 Pratica e processo di Nursing
- 2 Leadership
- 3 Procedure e regolamenti
- 4 Comunicazione
- 5 Formazione e ricerca
- 6 Management delle risorse umane e materiali

Per ognuna di queste aree furono preparate delle griglie di valutazione specifiche. Il gruppo infermieristico è stato suddiviso in quattro livelli di competenza.

Livello 1 - comprende infermieri durante il periodo di inserimento in cui ogni attività deve essere svolta sotto la supervisione di un altro infermiere.

Livello 2 - caratterizzato da attività infermieristiche indipendenti e dall'abilità di gestire situazioni complesse nella cura del paziente.

Livello 3 - prima esperienza di leadership nell'organizzazione dell'assistenza infermieristica

Livello 4 - infermiere esperte, con notevole competenza, in grado di far sviluppare le risorse e le capacità di ogni singolo infermiere e di fornire consulenza di gruppo.

Naturalmente, ogni infermiere, a causa delle diverse attitudini, interessi, opportunità individuali, può possedere diversi livelli di competenza nelle singole aree.

Come abbiamo avuto modo di vedere, le competenze nel Nursing sono indirizzate dal paradigma alla base dell'assistenza in altre parole, dai campi di azione che influiscono sul nursing, dove esso si svolge e investono sia il versante tecnico-scientifico sia quello relazionale-educativo.

Nell'infermieristica, come nella medicina, l'aumento della conoscenza e il progresso tecnologico hanno portato ad un aumento del sapere e alla super-specializzazione. Il professionista non ha quindi, più la visione d'insieme dell'Uomo e perde anche la visione d'insieme della professione.

Questa scissione è purtroppo anche il risultato dell'introduzione in sanità, per quanto riguarda la salute, di quei principi del *Management* che vengono usati nell'industria. Il concetto della divisione e della parcellizzazione del lavoro attraverso l'uso di compiti e di prestazioni. Questa tendenza consolidata dapprima nel mondo degli affari e dell'industria è filtrata nei settori professionali, infermieri compresi. La divisione del lavoro per compiti porta a trattare l'assistenza al paziente come una catena di montaggio che abbia lo scopo di fornire tanti bagni all'ora e il rifacimento di tanti letti al giorno. Il risultato finale è che si accudisce più rapidamente un maggior numero di pazienti, ma viene dato poco peso all'insieme e al grado di competenza di chi svolge queste mansioni. (J.E. Schweer, K.M. Gebbie 1983). Tutto questo è opposto all'attuale domanda di salute della popolazione e anche al Profilo Professionale dell'infermiere dove la conoscenza/competenza si attiva nelle aree tecniche, relazionali ed educative.

E' uno dei problemi attuali soprattutto dopo l'introduzione di parte del finanziamento agli ospedali attraverso i DRG (Diagnosis Related Group). Le competenze infermieristiche vanno esplicitate al fine di evitare che venga preso in considerazione solo la parte del lavoro relativa al *fare* e la professionalità infermieristica sia ridotta alla semplice esecuzione di compiti, di atti, di prestazione spicciola e venga tralasciata tutta la grande parte assistenziale relativa alla relazione d'aiuto, al prendersi cura e al rapporto interpersonale. Questo è anche il pericolo che, a causa dell'essere stati colti di sorpresa, stiamo correndo con la definizione dei carichi di lavoro dove spesso la misurazione si ferma al compito relativo alla prestazione con il conseguente risultato che in apparenza, gli infermieri sembrano essere in sovrannumero rispetto a quanto fanno in pratica. A questo proposito è interessante il lavoro condotto dalle istituzioni infermieristiche belghe qualche anno addietro quando impedirono la messa in atto dei DRG medici fino a quando gli infermieri non fossero stati in grado di proporre alcuni dati minimi infermieristici (Minimum Data Set) con i quali attualmente, tra l'altro, viene finanziata l'attività infermieristica da parte del Ministero di quel Paese. Le proposte e le discussioni in atto, relative ad una proposta di linguaggio comune di diagnosi infermieristiche europee, costituiscono un interessante dibattito sull'argomento alla ricerca della definizione di competenze specifiche in campo non solo nazionale ma anche europeo.



Competenze definite in base al profilo professionale e al modello concettuale di riferimento e che trovino la loro applicazione e sviluppo, come si evince dalle Linee Guida della Regolamentazione dell'Assistenza infermieristica e da tutta la letteratura legata alla valutazione della Qualità, dalla chiara definizione della filosofia e dei mandati dei diversi settori e che partono dalla descrizione del lavoro e delle responsabilità in generale di ogni figura professionale.

Definizione a livello centrale di competenze e non elencazione di specifiche attività e abilità, di mansioni (mansionario) e prestazioni che devono invece essere specificate nelle procedure e nei protocolli.

Nel definire le competenze l'organizzazione stabilisce le linee di base sulle quali misurare e valutare la performance del professionista.

Senza la definizione delle competenze e delle responsabilità, non è possibile fare alcuna valutazione perché manca il riferimento valutativo sul quale impostare la misurazione e certamente il lavoro non soddisfa i bisogni dei cittadini/clienti.

La dichiarazione della Filosofia del Servizio infermieristico in un Ospedale per esempio, influenza lo sviluppo e il tipo di competenza richiesta. Riflette e rappresenta i principi, i valori dell'Assistenza anche perché gli aspetti legali ed etici della pratica professionale richiedono l'esistenza di questi meccanismi istituzionali. Se pensiamo ad un'assistenza sicura, è implicita la valutazione, e la necessità di misurazioni per assicurare la competenza dei professionisti.

Il concetto ed i meccanismi della Valutazione della Qualità vanno applicati ai diversi livelli e campi sanitari attraverso: 1) la Valutazione della Qualità dell'assistenza vista come risultato sul malato/cliente (struttura, processo risultato - Donabedian 1974), 2) una Valutazione della Qualità dei professionisti vista sulla *performance*.

Nella letteratura si evince la necessità di valutazione (da distinguere dal controllo) e sono descritti meccanismi per valutare e mantenere la competenza nella pratica dal momento dell'assunzione e durante tutto l'arco lavorativo della vita.

Assieme alle Organizzazioni professionali e a gruppi di esperti, lavorano Commissioni nazionali di professionisti (Australian Joint Commission, American Joint Commission) che hanno lo scopo di valutare la Qualità dei Servizi accreditando le strutture e indirettamente (attraverso la valutazione della documentazione esistente nei diversi settori), le competenze di tutti i professionisti della sanità.

Questa visione professionale implica una serietà di impostazione del lavoro e la presa d'atto che non tutti i professionisti possono essere investiti delle stesse responsabilità come del resto dal punto di vista teorico ha chiaramente descritto Patricia Benner. Indica altre-

si la necessità di sviluppare documenti adatti alla continua monitorizzazione.

In letteratura esistono molti esempi e sarebbe lungo e noioso proporli in questa sede, anche perché rispecchiano una realtà ed una cultura diversa dalla nostra. Purtroppo ne enunciamo i principi perché ci pare possano essere utili per una riflessione italiana sull'argomento. Gli strumenti più frequentemente usati per esempio per la valutazione della competenza, rispetto al Servizio Infermieristico, riguardano:

- \* L'intervista di assunzione e la valutazione della *performance*
- \* Gli *standards* della *performance*
- \* Lo studio delle necessità di conoscenza
- \* Il mantenimento della competenza (educazione continua)
- \* La certificazione esterna.

Esistono poi diverse scale della competenza dell'IP. La *Nursing Competency Rating scale* per esempio è stata costruita tenendo presente gli standards e le linee guida della valutazione degli stessi. Questa scala viene compilata da una infermiera esperta sia nel campo specifico sia nell'insegnamento dopo almeno 5 osservazioni della performance corrente dell'infermiere che intende valutare. Le funzioni che vengono valutate sono: 1) professionalità, 2) responsabilità come team leader, 3) responsabilità specifiche, 4) team delle riunioni, 5) pianificazione dell'assistenza, 6) Rapporti tra cambio turno e passaggio delle informazioni.

Un'altra scala di valutazione delle competenze nei Servizi è la *Slater Nursing Competencies Rating Scale* che è una scala composta di 84 items e misura le competenze infermieristiche nel dare assistenza ai pazienti. La scala può essere usata in situazioni diverse e nell'assistenza diretta; risulta così composta: 1) area Psicosociale - individuale - azioni dirette a mettere in luce i bisogni psicosociali dei singoli pazienti (18 items)  
2) area Psicosociale - gruppo = azioni dirette a mettere in luce i bisogni psicosociali dei pazienti come membri di un gruppo (13 items)  
3) area Fisica - azioni dirette ad individuare i bisogni fisici dei pazienti (13 items)  
4) area Generale - azioni dirette a mettere in luce i bisogni sia fisici che psicosociali del paziente (16 items)  
5) area della Comunicazione: comunicazione al posto del paziente (7 items)  
6) area delle Implicazioni Professionali = l'assistenza data ai pazienti riflette l'iniziativa e la responsabilità delle aspettative della professione (17 items)

Questa scala è utilizzata per \* valutare periodicamente la singola infermiera, per \* valutare la competenza degli infermieri in relazione alla qualità dell'assistenza data, per \* valutare le necessità di educazione continua e di aggiornamento del personale, per \* valutare la relazione tra una o più componenti dell'assistenza e la qualità della performance del personale che svolge l'assistenza.

I metodi per valutare la competenza sono molteplici in letteratura, noi pensiamo che il modo migliore sia una continua ed onesta revisione tra pari attraverso programmi che seguano la metodologia della valutazione della Qualità con la costruzione di strumenti adatti alla nostra realtà e cultura e in linea con la nostra organizzazione del lavoro con lo sviluppo professionale.

Riteniamo che nell'ottica della competenza, gli infermieri dirigenti debbano avere come obiettivo il miglioramento continuo dell'Assistenza fornita nei Servizi abbandonando così il ruolo (che in molte realtà ancora esiste) di mero controllore di orari e di turni di servizio per assumere invece il ruolo di sostenitore e di collaboratore del personale infermieristico. E' urgente iniziare a lavorare, da un lato attraverso la Valutazione della Qualità dell'assistenza e l'autovalutazione e dall'altro, monitorare le competenze professionali per migliorare la *performance* e rilevare gli interventi infermieristici necessari. Gli infermieri dirigenti devono essere dei competenti pianificatori e valutatori dell'assistenza data, un obbligo morale questo, per la difesa del cittadino e della professione.

#### RICERCA E COMPETENZA

Fino ad oggi nel nostro paese l'impegno nella ricerca è stato molto modesto o orientato prevalentemente a studi sulla professione o a ricerche di tipo descrittivo, per alcune prestazioni tecniche collegate con bisogni di natura fisica. Tutto questo perché da noi la ricerca non è parte della cultura infermieristica e neanche degli Organismi professionali, non è prevista come normalità ma è vissuta come eccezione, non è prevista nella formazione, non vengono stanziati fondi appositi.

La ricerca volta a migliorare la pratica infermieristica deve essere incoraggiata attraverso la definizione di politiche di priorità di ricerca per le quali sia disponibile un sostegno finanziario. Queste ricerche devono utilizzare le risorse umane in modo efficiente ed assicurare la valutazione e l'uso dei risultati ottenuti.

La ricerca è alla base del progetto infermieristico, dello sviluppo della disciplina e della professione; per questo lo studente infermiere necessita di una preparazione nella metodologia della ricerca come presupposto per l'acquisizione di una mentalità scientifica e di ragionamento critico.

Nei paesi dove la ricerca è maggiormente sviluppata, anche gli infermieri hanno uno status diverso. E' attraverso la ricerca che si avvalorano dati e nuove conoscenze, quelle conoscenze che poi vengono utilizzate nella formazione e nei servizi.

Ma per fare questo è necessario **COMPETENZA**.

Competenza attraverso la formazione specifica di infermieri che sappiano individuare i campi di ricerca nella specificità infermieristica, che sappiano riflettere e porsi domande sull'Assistenza e sul beneficio di essa

per il malato/sano, che siano in grado di usare la critica e il ragionamento scientifico come modo di essere anche nella routine giornaliera. Attualmente siamo ancora legati alla ricerca sulla professione e sul lavoro dei professionisti mentre dovremmo dirigere i nostri sforzi a condurre la ricerca sui risultati dell'assistenza sui pazienti/clienti, sui risultati dei cambiamenti in atto per poter sostenere le nostre scelte con competenza. Questa competenza derivante anche dall'uso dei risultati della ricerca nel lavoro di ogni giorno e nelle scelte assistenziali, mentre orienterà la professione stessa, svilupperà sempre di più il Nursing e la Disciplina.

#### CONCLUSIONI

Per stabilire e definire la competenza infermieristica è necessario avere chiarezza rispetto al dominio del Nursing, cioè ai campi teorico e pratico dove il Nursing agisce e si sviluppa. Questo significa che il modello concettuale nel quale si iscrive la competenza dell'Infermiere deve essere chiaro, esplicitato e messo per scritto. Esso deve essere formulato dalla Professione e deve rappresentare la guida per la formazione e per la pratica clinica. Il modello concettuale inteso come l'immagine mentale della professione, è la cornice che definisce ed indica gli spazi ed i confini del lavoro infermieristico. Se l'immagine mentale che personalmente ho dell'Infermiere è di un professionista che si occupa dei bisogni globali della Persona, se vedo l'assistenza infermieristica legata alla malattia o se la colloco riferita alla Persona sana o malata e alla sua famiglia, naturalmente cambia l'ambito della mia competenza, delle mie responsabilità e cambia anche il *curriculum* formativo. Se cambiano i margini di operatività questo deve essere chiaro a tutti i professionisti del settore perché possano dare un'assistenza competente e sicura ai cittadini.

La chiarezza è necessaria 1) al cittadino perché sappia chiedere con appropriatezza l'utilizzo di competenza infermieristica e sappia cosa può aspettarsi dall'infermiere, 2) ai colleghi del team sanitario medici e altri professionisti perché conoscano gli ambiti del nostro lavoro e ne riconoscano le competenze. Sarà così il modello concettuale che guida il nostro lavoro a definire il limite degli atti assistenziali, e il tipo di prestazione infermieristica necessaria. La prestazione, l'atto infermieristico, le attività e i compiti in risposta al bisogno di assistenza, devono essere sostenuti da un modello concettuale preciso come definizione della competenza necessaria e come guida della prestazione stessa.

In un modello di assistenza per compiti all'infermiere sono richieste semplicemente delle conoscenze tecnico-pratiche (modello bio-medico) e il campo di azione è preordinato dal mansionario. In una organizzazione del lavoro dove sono importanti i singoli problemi delle persone, in risposta alla domanda di salute, emerge il ruolo del professionista. Questo professionista deve avvalersi di un ampio *corpus* di conoscenze da tradurre con competenza nella pratica quotidiana. Tale com-

petenza esprime l'efficacia e la specificità nel gestire una situazione. Così la pratica non più *ingabbiata* dal mansionario, visto come insieme di prestazioni e di compiti, si libera nell'atto creativo come soluzione flessibile al problema del paziente/cliente.

L'atto creativo dell'infermiere sostiene anche la propria stima di sé come persona e rafforza la competenza come professionista; permette quindi agli altri di individuare solo nella professione infermieristica l'unica competente ad assistere la persona affinché in un ambiente in evoluzione e in cambiamento, goda di un migliore stato di salute.

In base alla definizione del modello concettuale sarà possibile definire anche un appropriato curriculum che prepari all'acquisizione delle competenze sia teoriche che pratiche.

L'attuale *curriculum* è troppo ricco di materie biomediche, sente troppo l'influenza della Facoltà di Medicina e di una visione bio-medica dell'infermieristica. Questo modello segue una visione positivista di causa effetto dove è importante la malattia, la diagnosi il trattamento e la cura. I curricula infermieristici, in passato (ma la situazione pare ripetersi anche attualmente) hanno risentito di questa impostazione e dato l'alto contenuto di discipline e di docenze mediche, l'infermiera risultava ad esse subordinata e poco preparata, se paragonata a molti Colleghi europei, nella specificità infermieristica. Nell'intento degli infermieri, il passaggio della formazione all'Università vuole significare l'abbandono di questa visione riduzionista del Nursing per avvicinarsi maggiormente alle scienze pedagogiche, psicologiche e sociali. Una maggiore sensibilità ed interesse agli approcci qualitativi e fenomenologici è fondamentale per sviluppare meglio il Nursing e perché *mettere al centro la Persona, la relazione interpersonale e la relazione d'aiuto*, non siano soltanto degli slogan.

L'integrazione tra questi due approcci sarà possibile solo se il curriculum sarà definito in base ad un preciso e chiaro modello concettuale, se la professione prenderà una posizione ferma e con forza e se a questa visione saranno educati anche quei professionisti non infermieri che non hanno profonde conoscenze nel campo ma che, ahimé, detengono il potere.

L'educazione, la formazione e il servizio reso alla società sostengono il potere professionale.

L'energia di una professione è infatti legata ai livelli di competenze raggiunte e agli sviluppi di carriera. L'attuale separazione tra formazione e servizio ha come risultato una bassa possibilità di carriera e uno scarso potere professionale.

Un importante obiettivo per il futuro può essere quello di dimostrare una competenza che possa colmare l'attuale divario tra formazione teorica e pratica clinica attraverso un uso innovativo della conoscenza.

Potrebbe inoltre essere necessaria, come già avviene in altri Paesi, una continua ricertificazione della competenza con modalità da definire ed un riaggiornamento delle competenze attraverso programmi mirati di educazione continua fino alla ricertificazione dell'abilitazione all'esercizio professionale.

Le conoscenze acquisite non possono durare per tutto l'arco di una vita professionale ma hanno necessità di essere riverificate e il professionista deve essere in grado di esplicitare la capacità di rielaborazione della conoscenza attraverso la dimostrazione di competenza al di là della esperienza specifica che può avere acquisito nel tempo.

E' inoltre indispensabile che all'interno delle strutture dove opera l'infermiera siano chiare le competenze e le responsabilità dei singoli professionisti in base al mandato delle istituzioni. Questo significa che è urgente che la professione stabilisca a livello Centrale degli standards (livelli) minimi di competenza perché possano essere la guida per lo sviluppo dei livelli assistenziali nei diversi settori e perché i professionisti imparino a lavorare attraverso i principi della valutazione della qualità dell'assistenza e della valutazione continua.

Valutare è utile per:

- \* determinare il livello di competenza
- \* stabilire il fabbisogno di formazione
- \* favorire la formazione e l'aggiornamento
- \* verificare gli obiettivi e gli standards dell'ambiente lavorativo
- \* motivare il personale, scoprendone le aspirazioni e riconoscendone le qualità.

La valutazione deve essere continua e tra pari, tra persone competenti e dello specifico campo.

Crediamo sia giunto il momento nel quale unire le forze: la Federazione degli Infermieri e le Associazioni infermieristiche, tutte, devono lavorare insieme e prendere decisioni di politica infermieristica comuni per essere una forza e per impedire che altri professionisti possano interferire nella specificità delle azioni e possano bloccare lo sviluppo della professione (è molto grave, non etico e solo italiano infatti che la Federazione medica abbia potuto interferire fino a bloccare lo sviluppo professionale in occasione dell'approvazione del profilo professionale). E' la professione infermieristica che deve guidare se stessa ma deve essere forte, compatta e chiara.

Deve inoltre smettere di subire le conseguenze e di soffrire per una cattiva politica della formazione medica cercando invece in essa alleanze per obiettivi comuni per la salute dei cittadini. Obiettivi prioritari di politica della professione devono innanzitutto essere: a) il rispetto della competenza infermieristica per la costruzione di un Servizio infermieristico gestito e diretto da infermieri, che sia responsabile a tutti gli effetti e competente per quanto attiene in generale il campo del Nursing e della valutazione dell'Assistenza al cittadino come del resto avviene in tutta Europa.

b) il riconoscimento ufficiale della disciplina infermieristica in analogia a molte Università europee dove da molti anni esistono i Dipartimenti infermieristici diretti dai professionisti del settore. Non è possibile continuare con il dominio della Medicina sul Nursing!

c) la professione deve fare ricerca per dimostrare attraverso i dati la competenza ma per questo è importante che gli Organismi che regolano la professione facciano un investimento in preparazione di persone



facendo acquisire magari all'estero quella formazione non ancora possibile nel nostro paese.

Ma la crescita professionale avviene anche attraverso lo scambio e la messa in comune delle risorse. Sono necessarie biblioteche infermieristiche, libri, riviste, possibilità di reperire quello che gli infermieri pensano e producono in tutto il mondo. Lo scambio e il confronto continuo contribuirà alla crescita professionale e ad arricchire la nostra competenza.

E per finire ricordiamo l'impegno politico. Una professione che non è rappresentata all'interno del Parlamento avrà sempre difficoltà ad emergere e a far valere a pieno tutte le sue competenze.

Le nostre parole d'ordine devono essere studio e unione per un maggior sviluppo della competenza e degli ambiti dove esercitarla.

Nella complessa situazione politica italiana è impensabile che all'interno del Parlamento i numerosi "politici" medici o avvocati possano sostenere le richieste di avanzamento culturale e di carriera degli infermieri (che non hanno alcun rappresentante al suo interno) anche se questo migliorerebbe l'assistenza sanitaria. È necessario vivere la vita del Paese ed usare gli strumenti comuni a disposizione. Prendiamo anche esempio da altri Paesi, in Finlandia in un Parlamento di 200 parlamentari, la legislatura in corso vede la presenza di ben venti infermieri, e cosa dire dell'Islanda dove fino a qualche anno fa il Ministro della Sanità era Infermiere, o della Danimarca dove lo sciopero degli infermieri è stato appoggiato anche dai medici?

Realtà lontane dalla nostra cara Italia; ma la competenza di una professione si dimostra anche con l'uso di opportune ed adeguate strategie per ottenere nel più breve tempo possibile, il riconoscimento della professione, a difesa di una assistenza sicura e competente per il cittadino.



## Bibliografia

- Affara F.A., Styles, M.M., *Linee Guida per la Regolamentazione dell'Assistenza Infermieristica*, CII, Edizione italiana a cura della Consociazione Nazionale Infermieri, 1995.
- Beetstra J., *Evaluating competence*, The Canadian Nurse, 1992; 6:32-34.
- Belenky, M., Clinchey, B. Goldberg, N., Tarule, S., *Women's ways of knowing. The development of self, voice & mind*, New York: Basic Books, 1986.
- Benner P., Tanner C., *How expert nurses use intuition*. American Journal of Nursing 1987; 87(1):23-31.
- Benner P., Wrubel J., *Skilled Clinical Knowledge: The Value of Perceptual Awareness*, Part. 1&2, Journal of Nursing Administration, 1982; 5&6:11-14&28-33.
- Benner P., *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, Menlo Park, C.A. Addison Wesley, 1984.
- Benner P., Wrubel J., *The primacy of caring*, Menlo Park, C.A. Addison Wesley, 1989.
- Benoliel J. Q., Response to "Toward holistic enquiry in Nursing: a proposal for synthesis of patterns and methods", Scholarly inquiry for Nursing Practice: An international Journal, 1987;1(2):147-152.
- Brykczynski K.A., An interpretive study describing the clinical judgement of nurse practitioners, Scholarly Inquiry for Nursing Practice; An International Journal, 1989; 3(2):75-104.
- Candlin S., *Communication for nurses: implication for nurse education*, Nurse Education Today, 1992; 12(6):445-51.
- Carper B.A., *Fundamental Patterns of Knowing in Nursing*, J. Advanced Nursing Science, 1975; 1(1):147-152.
- Chinn P.L., *Advances in Nursing Theory Development*, Rockville, Maryland. London. An Aspen Publication, 1983.
- Chinn P.L. & Kramer M.K., *Theory and Nursing. A systematic Approach*. St. Louis. U.S.A., Mosby Year Book, 1991.
- Cortese C., Fedrigotti A., *Etica infermieristica sviluppo morale e professionalità*, 3° ed. Sorbona, Milano, 1992.
- Davies E., *Clinical role modelling: uncovering hidden knowledge*, Journal of Advanced Nursing, 1983; 18(4):627-36.
- Elsbernd A., Zum Verhältnis von pflegerischem Wissen, pflegerischer Handlungsfestheit und den Grenzen des Gehorsams der individuellen Pflegeperson, Pflege, 1994, 7(2):105-16.
- Felkins P.K., Chakiris B.J., Chakiris K.N., *Change Management*, Q.R., New York, 1993.
- Gray G., Pratt R., *Toward a Discipline of Nursing*, Churchill Livingstone, 1991.
- Griffin A.P., A philosophical analysis of caring in Nursing, Journal of Advanced Nursing, 1983;8:289-95.
- Harden R., Gleeson F., *Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE)*, Medical Education, 1979; 13:41-54.
- Hindensen U., Fridlund B., The nurse in clinical practice a qualitative analysis of nursing competence, Scandinavian Journal of Caring Sciences, 1995;9(3):139-44.

- Kramer M.K., Chinn P.L., Perspectives on knowing: a model of Nursing Knowledge, *Scholarly Inquiry Nurs. Pract.*, 1988;2(2):129-139.
- Kidd P., Morrison E.F., The Progression of Knowledge in Nursing: a search for Meaning, *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 1988; 20(4):222-224.
- Kim H.S., *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*, Appleton Century, Prentice Hall Inc., 1983.
- Kirby R., Curry L., Introduction of an objective structured clinical examination (OSCE) to undergraduate clinical skills programme, *Medical Education*, 1981; 16:392-64.
- Kuhn T.S., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. Come mutano le idee nella scienza, Einaudi Ed., Torino, 1969.
- Kuhn T.S., Sneed J.D., Stegmuller W., *Paradigmi e rivoluzioni nella scienza*, Armando Armando Ed., 1983.
- Mc Cornack B., *Intuition: concept analysis and application to curriculum development. I. Concept analysis*, *Journal of Clinical Nursing*, 1992;1:339-344.
- Mc. Cornack B., *Intuition: concept analysis and application to curriculum development. II. Application to curriculum development*, *Journal of Clinical Nursing*, 1993;2:11-17.
- Meleis A.I., *Theoretical Nursing: Development & Progress*, Philadelphia: J.B. Lippincott & Co., 1991.
- Mitroff I.I., Kilmann R.H., *Methodological Approaches to Social Science: Integrating Divergent Concepts and Theories*, Jossey Bass, San Francisco.
- Newbie D., Hoare J., Elmslie R., *The validity and reliability of a new examination of the clinical competence of students*. *Medical Education*, 1981; 15:46-52.
- Newman M.A., Sime A.M., Corcoran-Perry S.A., The focus of the discipline of nursing, *J. Advanced Nursing Science*, 1991;14(1):1-6.
- Newman M.A., Theory for Nursing Practice, "Nursing Science Quarterly" Chestnut House, 7:4, Winter, 1994.
- Nightingale F., *Notes on Nursing. What it is and What it is not*, Philadelphia: J.B. Lippincott & Co., 1946 ristampa della versione del 1860.
- Nodding N., Shore P.J., *Awekening the inner eye: intuition in education*, Teachers Colleg Press, New York, 1984.
- O'Hear A., *An introduction to the Philosophy of Science*, Oxford University Press, 1989.
- Pearce W.B., Cronen V., *Communication, Action, and Meaning*, Praeger, New York, 1980.
- Peters T.J., Waterman R.H., *In Search of Excellence. Lessons from America's Best Run Companies*, Harper and Row, New York, 1978.
- Porter T. O'Grady, *Creative Nursing Administration: Partecipative management into 21st Century*, Aspen Publishers Inc. 1986.
- Prahalad C.K., Hamel G., *The Core Competence of the Corporation*, *Harvard Business Review*, 1990; 68(3):79-87.
- Rew L, Barrow E.M., *Intuition: a neglected hallmark of nursing knowledge*, *Advance in Nursing science*, 1987; 10(1):49-62.
- Ross M., Carroll G., Knight J., et al., *Using the OSCE to measure clinical skills performance in nursing*, *Journal of Advanced Nursing*, 1988; 13:45-56.
- Sansoni J., *La responsabilit  degli infermieri dirigenti e coordinatori nella promozione e attuazione della formazione permanente del personale infermieristico*, *Professioni Infermieristiche*, 1990; 1:14-22.
- Sarter B., Philosophical sources of nursing theory, *J. Nursing Science Quarterly*. 1988; 1(2):52-59.
- Schultz P.R., A.I. Meleis, *Nursing Epistemology: Traditions, Insights, Questions, Image: Journal of Nursing Scholarship*, 1988; 20 (4):217-221.
- Schon S.A., *Educating the reflective Practitioner*, Jossey Bass Publisher, San Francisco, 1987.
- Skeet M., *Creative nursing: processive care and more?*, *Journal of Advanced Nursing*, 1985;10-15-24.
- Smith A., *The concept of nursing literacy*, *Journal of Advanced Nursing*, Editorial, 1976; 1.
- Strickland O.L., Waltz, C.F., *Measurement of Nursing outcome*, Vol. 2, Springer Publishing Company Inc., New York, 1988.
- Thompson J.L., *Practical discourse in Nursing: going beyond empiricism and historicism*, *ANS*, 1985; 7(4):59-71.
- Tinkle M.B., *Toward a new view of science: implications for nursing research*, *Advances in Nursing science*, 1983;1:27-36.
- Waltz C.F., Strickland O.L., *Measurement of Nursing outcome*, Vol. 3, Springer Publishing Company Inc., New York, 1990.
- Watson J., *Nursing. The Philosophy and Science of Caring*, Colorado Associated University Press, 1985.
- Watson J., *New Dimension of Human Caring Theory*, *Nursing science Quarterly*, 1988; 1(4):175-181.
- Watson J., *An analysis of the concept of experience*, *Journal of Advanced Nursing*, 1991; 16-117-121.
- Wheeler C.E., Chinn P.L., *Peace and Power: a handbook of feminist process*, National League for Nursing, 2 ed., New York, 1989.

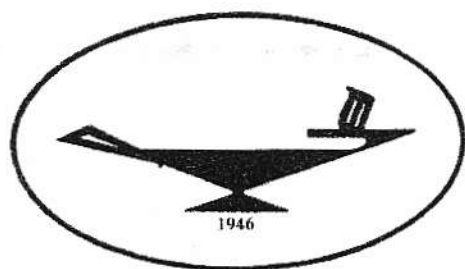
anno 51, numero 3

luglio - settembre 1998

# PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Organo ufficiale della  
Consociazione Nazionale  
Associazioni Infermiere/i

Rivista a diffusione internazionale



**3 / 98**

Trimestrale

Spedizione in Abb. Postale 45 %  
Comma 20, lett. B, articolo 2  
legge 23/12/96 n. 662  
Filiale di Roma