

"ACCADEMIA SCIENZE INFERMIERISTICHE "



Atti del convegno
**“La cultura dell'integrazione tra
formazione infermieristica e
organizzazione dei servizi”**

Aula Magna Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi Milano Bicocca
MONZA

11 dicembre 2009

La cultura dell'integrazione: una lettura disciplinare.

Edoardo Manzoni

L'intero è più della somma delle parti. E' difficile trovare un infermiere italiano che non abbia incontrato, nel proprio percorso formativo, questa affermazione. In verità tale espressione arriva nella letteratura infermieristica negli anni ottanta del secolo scorso come traduzione superficiale, improbabile e non corretta dell'antica concezione platonica, ripresa ed approfondita dalla filosofia scolastica del concetto, di *holon*, l'intero.

Integrare significa infatti rendere intero ed ottenere un risultato che è maggiore e diverso della somma dei risultati dei singoli elementi che compongono l'intero medesimo.

Integrare definisce anche lo sforzo scientifico di non ridurre i fenomeni, di non scomporli necessariamente verso un impoverimento interpretativo, nonché la consapevolezza della limitatezza delle scienze nei confronti dell'umano e dell'universo da lui creato.

Integrare, quindi, non ha il significato – oggi prevalente – di mettere insieme, di costruire collaborazioni, di creare alleanze sinergiche; tutto ciò è riduttivo e non sufficiente a definire un intero.

L'intero, per sua natura, afferma che ogni approccio di una parte assume la coscienza di ridurre l'intero stesso rendendosi insufficiente ad una compiuta comprensione del fenomeno.

Viviamo un mondo determinato dalla complessità dei fenomeni. Il mondo sanitario, in cui buona parte della disciplina infermieristica raccoglie i propri fenomeni, è per eccellenza definito il mondo della maggior complessità. E proprio questa complessità, per sua natura è integrata e chiede integrazione.

La complessità è assumere l'incertezza come sfida. Incertezza necessaria per : creare, comprendere, conoscere, narrare e, soprattutto, integrare.

La sfida della globalità rende evidente che bisogna muoversi nella dimensione della complessità poiché la realtà non è affatto prevedibile.

Edgard Morin sottolinea come la complessità sia il paradigma dentro il quale si deve leggere la situazione dei nostri tempi. : *"c'è complessità quando sono inseparabili le diverse componenti che costituiscono un tutto¹"*.

La sfida della complessità: mette in luce i nostri saperi disgiunti come inadeguati poiché le singole discipline non bastano per risolvere una realtà complessa

Il rapporto tra integrazione e complessità dice che essa non può essere semplificata, ma può solo essere compresa (ovvero presa dentro). La complessità apre costanti scenari umani rappresentativi di nuovi punti di vista. La sfida da cogliere si realizza nell'aprire nuovi punti di vista e aprire nuovi interrogativi².

Mettere in relazione integrazione e complessità, come si vedrà meglio più avanti, è cercare di dare senso ovvero aprire finestre perché la complessità possa essere contenuta, accettata, considerata, utilizzata, integrata.

Oggi chiediamo integrazione per un percorso storico che ci ha condotto alla dis-integrazione.

¹ Morin E, *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero* Milano, Raffaello Cortina Editore, 2000

² AA.VV. (a cura di Di Cintio M. Pastrello M.) *Filosofia e civiltà della complessità*, Padova, Il Poligrafo, 2009

La storia di tutte le discipline sanitarie, paradossalmente e proprio per il loro sviluppo, muove da una dis-integrazione dell'intero che ha permesso di trovare nell'eredità illuministica la capacità di dividere la conoscenza globale e porre le basi del concetto di specializzazione³.

Oggi, avendo superato questa fase storica comprendiamo il valore dell'intero e della perdita nel ridurlo.

Il titolo di questo contributo affidatomi è tuttavia ambizioso: non si vuole qui trattare della *necessità* di integrare, e nemmeno della *difficoltà* ad integrare ed ancor meno della *volontà* di integrare; qui si tratta di andare ben oltre verso la *cultura* dell'integrazione.

La cultura è un pensiero prevalente che genera uno stile di essere e quindi di vivere.

Non è una difficoltà da superare, una necessità del nostro tempo e tantomeno una volontà di alcuni. E' anche questo ma è molto di più. E' l'assunzione di uno stile di pensiero, di prassi, di professione delle proprie conoscenze che è generato dall'intero e che si inserisce in esso.

La cultura dell'integrazione, per l'uomo occidentale così affascinato dal *particolare*, è condizione di risultato non di genesi.

Il convegno oggi celebrato, mi pare, si ponga in questa opportuna ambizione.

Per costruire una cultura di integrazione è necessario costituire un universo esplicativo di filosofia dell'assistenza infermieristica in grado di contemplare la teoria e la prassi di ogni pensiero ed ogni agito disciplinare.

E' un percorso di insieme, progettuale, che annulla le divisioni storiche costituite attorno ai frammenti.

Le vecchie ripartizioni – e quindi divisioni – tra formazione, organizzazione, ricerca e pratica professionale, non reggono più. Esse, come detto, non solo sono insufficienti alla comprensione, ma riducendo il fenomeno, non giungono nemmeno a decodificarlo efficacemente.

Ma perché sottolineare la necessità, all'interno della disciplina infermieristica, di una cultura integrata?

Tra le molteplici ragioni, sottolineerei la più importante per me e che attiene allo scopo disciplinare: la cultura di integrazione, nella disciplina infermieristica, è ammissione di alterità.

Il movimento dell'integrare si realizza dalla comprensione del proprio *limite* verso la complessità.

L'assistenza infermieristica, come per taluni aspetti anche le altre scienze sanitarie, viene a da un passato che ha celebrato una costante discrasia tra enormi proclami circa la propria volontà di servizio all'uomo ed una oggettiva difficoltà, anche concettuale, di ammissione dell'alterità.

Il profondo cambiamento dell'Uomo e del suo vivere nel sistema occidentale; i cambiamenti demografici ed epidemiologici della nostra società; la storica e, nel passato, necessaria dicotomia tra teoria e prassi; l'accento metodologico a discapito dell'oggetto e dello scopo disciplinare; il sistema di relazioni professionali; la non chiarezza dello scopo dell'assistenza infermieristica; sono tutti elementi che hanno, *de facto*, negato l'alterità.

Questa negazione è stata ed è negazione dell'intero, delle altre componenti e soprattutto, la negazione dell'altro.

La disciplina infermieristica attuale non può più contemplare modelli teorici e pratici centrati sull'azione dell'infermiere prevedendo la persona presa in carico come oggetto.

Lo scopo disciplinare⁴ ha negli ultimi tempi promosso un proprio cammino di evoluzione per meglio avvicinare, comprendere e contemplare il nuovo Uomo che cammina lungo il proprio cammino di umanità.

³ Di Giovanni P., *La storia della filosofia nell'età contemporanea*, Franco Angeli, 2009

⁴ Inteso come fine ultimo a cui tende l'universo disciplinare e, quindi professionale,

Pensare che lo scopo ultimo a cui tende la disciplina infermieristica sia la soddisfazione dei bisogni (variamente intesi) della persona presa in carico è riduttivo e non corretto.

La soddisfazione del bisogno può anche non ammettere l'alterità.

La cultura dell'integrazione necessita invece della considerazione del proprio limite – umano, professionale, formativo, organizzativo – come valore e che per questo chiede integrazione.

E' la assunzione del proprio limite che ammette anzitutto la considerazione della persona presa in carico non come oggetto (paziente⁵) ma come alterità (soggetto). E solo l'accettazione dell'alterità porta ad identificare l'altro cosa diversa da me e quindi ad ammettere una sua titolarità di responsabilità nell'assistenza infermieristica, pari a quella dell'infermiere.

Titolarità e responsabilità che chiede integrazione.

La cultura dell'integrazione porta a dire che nessuno, nemmeno il professionista più capace, è in grado di comprendere la complessità, quanto dell'Uomo, quanto delle organizzazioni formative e sanitarie.

L'assistenza infermieristica ha almeno due soggetti; e mai l'uno può pensare e agire anche per l'altro. L'integrazione come cultura è lo stile che prende atto del limite.

E si realizza il vero scopo dell'assistenza infermieristica legato alla dignità della persona.

Quanto detto sinora non vale solo per la presa in carico dell'altro, ma può essere traslato tra le componenti formative e organizzative che compongono l'insieme professionale.

A partire della ricerca di un perché nella cultura di integrazione si generano alcune inferenze di realtà.

L'integrazione, come stile dell'essere, porta tra l'altro a:

1. rivedere l'approccio formativo che nelle scienze sanitarie ha sempre più riflettuto sulla "potenza" anziché sul "limite";
2. riflettere sui modelli di relazione tra infermiere e persona presa in carico;
3. reimpostare una concezione di competenza come insieme di conoscenze, valori individuali e professionali, esperienze personali e professionali e influenza del contesto sia personale che professionale;
4. costruzione di modelli organizzativi capaci di contemplare la soggettività dell'alterità;
5. definire una filosofia di assistenza infermieristica tra organizzazione e formazione idonea alla non riduzione della complessità
6. generare la convinzione scientifica del limite quale senso e motore della ricerca e la apertura alla collaborazione, condivisione, costruzione delle nuove domande e sfide.
7.

In conclusione si può affermare come la cultura della integrazione dipenda da ciascuno di noi, e non con diversi livelli di responsabilità ma con piena responsabilità rispetto al ruolo agito da ciascuno.

Se la cultura è uno stile di vita possiamo, con Maria Zambrano affermare:

"perché possano apparire la vocazione e il destino di una persona, è necessario un sistema di pensiero che lasci spazio all'individuo, il che equivale a dare spazio alla libertà. Nella libertà respira la persona, i cui limiti non si possono tracciare con anticipo se non situandola nella condizione

⁵ Il termine deriva dal latino *patiens*, il participio passato del verbo deponente *pati*, intendendo "sofferente" o "che sopporta".

umana, ma nient'altro. Infatti, ogni persona umana è prima di tutto una promessa di realizzazione creatrice"⁶

⁶ Zambrano M., *Per l'amore e per la libertà. Scritti sulla filosofia e sull'educazione*, Genova, Marietti, 2008

La formazione infermieristica in Italia: presente e futuro.

Cecilia Sironi

L'attuale situazione formativa della professione infermieristica in Italia si articola formalmente su tre livelli in quanto prevede la laurea triennale, la laurea specialistica o magistrale (laurea di secondo livello, due anni accademici) e il dottorato di ricerca (minimo 3 anni). Sono inoltre previsti master annuali di primo livello, fra cui quello in coordinamento ha visto la maggior popolarità, e master di secondo livello. Alla luce del particolare processo di professionalizzazione degli infermieri italiani, dei dati provenienti dalla Federazione nazionale dei Collegi IPASVI, dalla Conferenza permanente dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, dalle singole sedi coinvolte nella formazione, pare urgente una valutazione del percorso fin qui svolto, utilizzando anche fonti ed esperienze provenienti da altri Paesi. Desti in particolare preoccupazione il ridotto numero di infermieri generali che attualmente escono dai corsi di laurea triennali in rapporto al crescente fabbisogno della popolazione italiana, anziana e portatrice di patologie ad andamento cronico.

Il *Nursing care Continuum Framework and Competences* dell'*International Council of Nurses* (ICN, 2008) costituisce un interessante punto di riferimento in quanto affronta il continuum dell'assistenza dalla prospettiva dei ruoli infermieristici. Tenendo conto delle realtà presenti nei 133 paesi federati all'ICN, questa struttura delinea: una figura non infermieristica che opera sotto la stretta supervisione dell'infermiere; un infermiere pratico autorizzato ad esercitare la professione entro limiti circoscritti; un infermiere abilitato per erogare assistenza infermieristica generale formato in 3 o 4 anni anche in ambito universitario; un infermiere specializzato con preparazione superiore all'infermiere generale in uno specifico ambito infermieristico; un infermiere di assistenza infermieristica avanzata con conoscenze e competenze cliniche a livello di esperto.

Un confronto con l'attuale situazione italiana e l'esigenza di migliorare la qualità della formazione universitaria suggerisce: la separazione del momento di conseguimento della laurea dall'abilitazione all'esercizio di infermiere di assistenza generale e un puntuale monitoraggio del percorso formativo a partire dal triennio di laurea. La professione dovrebbe inoltre riflettere su quanto attuato o omesso per quanto riguarda la formazione e l'inserimento nei servizi socio assistenziali della figura dell'operatore sociosanitario. Il trend internazionale evolutivo del corso di infermiere generale è verso il quadriennio (*Bachelor in Nursing Science*), mentre l'attuale laurea specialistica dovrebbe offrire almeno le seguenti opzioni: management delle professioni infermieristica e ostetrica, scienze dell'educazione per le professioni infermieristica e ostetrica, ricerca per le professioni infermieristica e ostetrica, assistenza infermieristica avanzata.

La specializzazione del professionista infermiere: quali competenze e responsabilità.

Manuela Marcucci

L'evoluzione dei contesti sanitari e la domanda dei cittadini di avere Servizi sempre più efficaci ed efficienti per rispondere ai problemi di salute, ha determinato una crescita della professione infermieristica grazie all'acquisizione di competenze, tanto da renderla un professionista fondamentale nei percorsi assistenziali, con un conseguente impegno nell'offrire una figura sempre più preparata ed esperta sia negli ambiti clinici, comunitari e nel management.

Questo percorso di crescita non si conclude con l'acquisizione della Laurea Infermieristica e con l'esperienza lavorativa, ma prosegue con opportunità formative che consentono di acquisire competenze specialistiche in una determinata disciplina che rendono l'infermiere un Esperto specificatamente formato per rispondere con responsabilità, autonomia decisionale, abilità, perizia e capacità comunicative a problemi di salute ad elevato livello di complessità.

E' fondamentale analizzare come si sia arrivati a sentire l'esigenza di Specializzare l'infermiere, quali presupposti legislativi hanno permesso l'apertura di percorsi formativi specifici e soprattutto, come nascono oggi questi percorsi e quali risposte in termini organizzativi e contrattuali oggi distinguono, o dovrebbero distinguere, i diversi livelli di responsabilità e competenza infermieristica nei contesti lavorativi.

La necessità di specializzare l'infermiere non è nata oggi; già nel 1940, la Legge n. 1098 riconosce l'istituzione dei corsi di specializzazione sia per lo svolgimento di attività gestionali (IP AFD), sia per operare in particolari settori dell'assistenza infermieristica (Chirurgia, Psichiatria, Terapia Intensiva, Pediatria,...), ove erano richieste competenze e abilità specifiche.

Negli anni '70 in Europa si diffuse la corrente dell'Infermiere Unico, Polivalente, con la conseguenza anche in Italia di un rallentamento nell'offerta dei percorsi formativi specialistici, visti all'epoca superflui ed inutili.

Oggi questa logica è scomparsa, lasciando invece il posto alla necessità di distinguere i diversi livelli di professionalità, per favorire la crescita professionale, lo sviluppo del capitale umano e dei servizi nell'interesse della Società.

Nel 1994, il Decreto Ministeriale 739 "Profilo dell'Infermiere", definisce all'art.5 le Aree di formazione Post Base, proprio "*...per la pratica specialistica intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche*"; in specifico le aree riguardano la sanità pubblica, pediatria, salute mentale, geriatria, area critica, lasciando la possibilità di definire ulteriori aree che richiedono una formazione complementare specifica.

La formazione post base non ebbe subito inizio. E' stato il Decreto 509/99, art.3, a definire, tra i titoli di studio rilasciati dall'università, il Diploma di Specializzazione ed i master di primo livello, conseguibili al termine del corso di laurea. La norma definisce l'obiettivo del corso di specializzazione, ovvero fornire allo studente conoscenze e abilità per funzioni richieste nell'esercizio di particolari attività professionali, ma non indica le caratteristiche, in termini di durata o CFU, come invece fa per gli altri titoli e rimanda a successivi decreti la definizione dei

crediti da conseguire per il Diploma di Specializzazione. La norma è invece più precisa per il conseguimento dei Master di primo e secondo livello, che non possono avere una durata inferiore ad un anno per complessivi 60 CFU minimi.

In questi anni iniziano a nascere a livello Universitario corsi Master annuali, fondamentalmente ispirati alle aree di formazione post base proposte dal DM 739/94 e nell'area del Management per le funzioni di coordinamento nell'area infermieristica.

E' grazie alla Legge n. 42/99 che si sostanzia il riconoscimento della formazione nell'esercizio professionale, definendo che " *Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie ... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici*".

Questa norma sottolinea il concetto di competenze diverse tra professionisti dello stesso profilo in possesso di percorsi formativi post base. A questo proposito la Legge 43/2006, riconosce una distinzione tra i vari professionisti, classificandoli in Coordinatori (professionisti in possesso del master in management per le funzioni di coordinamento), Specialisti (in possesso del master di 1° livello per le funzioni specialistiche) e Dirigenti (in possesso della Laurea Specialistica).

L'evoluzione normativa professionale e formativa consente di affermare che gli infermieri laureati, responsabili dell'Assistenza Infermieristica generale e gli infermieri Specialisti in possesso di specifici Master hanno competenze e livelli di responsabilità diverse ma non sempre le realtà organizzative riconoscono i diversi livelli di competenza in termini di riconoscimento contrattuale, progressioni di carriera e trattamento economico.

Ad oggi il conferimento delle progressioni di carriera nel livello Ds gestionale richiede come requisito (previsto nel Contratto Nazionale) il possesso di titolo Master in Funzioni di Coordinamento, mentre per coprire livelli di Ds Professional i criteri di attribuzione sono soggettivi e stabiliti dalle Aziende, dove talvolta il possesso del Master è scarsamente considerato. Possiamo affermare che oggi la professione infermieristica prevede diversi livelli di responsabilità e autonomia professionale che devono essere documentate e dichiarate nell'organizzazione, utilizzando strumenti di analisi delle competenze per la gestione moderna dell'organizzazione, per una descrizione analitica formalizzata delle principali caratteristiche di una posizione organizzativa, come ad esempio la job description per indicare il nome della posizione, le sue finalità principali, le dimensioni, la posizione in [organigramma](#), le principali relazioni con le altre posizioni organizzative. La job description può essere utilizzata, tra l'altro, per la [valutazione della posizione](#) stessa e per la [selezione del personale](#).

Altro elemento da analizzare riguarda gli stessi percorsi formativi post base. I diversi Atenei italiani propongono svariati corsi Master, ma da quale analisi nasce la definizione dei bisogni formativi? Sarebbe auspicabile che tale definizione nascesse proprio dal mondo della Professione e dall'analisi dell'organizzazione stessa a livello locale e regionale, proprio per orientare la nascita della formazione e omogeneizzarne i percorsi in riferimento ai bisogni di salute della popolazione e relative competenze professionali specialistiche necessarie.

Tutto ciò ha come obiettivo principale la garanzia della qualità dei servizi sanitari centrati sulla professionalità del capitale umano. I cittadini vedranno aumentate le loro garanzie sulla competenza delle figure professionali sanitarie e quindi il rispetto dei valori dichiarati nella carta dei servizi.

Il sistema Sanitario Italiano e le politiche per la professione infermieristica.

Danilo Massai

La sanità italiana rappresenta uno dei più importanti comparti di attività del Paese.

Lo è dal punto di vista finanziario ed economico, dal punto di vista occupazionale e produttivo e per il valore aggiunto in termini di *know how* nella ricerca scientifica, tecnologica e nelle scienze mediche, assistenziali, educative, gestionali e organizzative.

Solo qualche dato per avere idea di ciò di cui stiamo parlando:

- le persone occupate nella filiera della salute ammontano complessivamente a quasi un milione e mezzo di addetti, corrispondenti a più del 6% delle forze di lavoro occupate nell'intera economia;
- il valore aggiunto diretto e indotto derivante dalle attività della filiera della salute, sorpassa i 150 miliardi di euro, pari a più dell'11% del PIL dell'intera economia nazionale.

Questi dati forniscono un'ulteriore conferma del fatto che la sanità non può più essere considerata come un mero fattore di spesa pubblica ma che deve essere considerata anche come un vero e proprio volano per l'economia.

Tanto più in questa fase di gravissima crisi economica che, proprio nella rivalutazione e nell'investimento nei grandi "beni pubblici", può trovare una via maestra di soluzione, e che solo nell'investimento sul capitale umano può trovare speranza per un rilancio futuro non solo dell'economia ma di tutto il sistema Paese.

Tra l'altro, e non mi sembra un aspetto secondario, tutto questo potrebbe avvenire in un campo di interesse universale, quale è quello della tutela e promozione della salute e dell'assistenza sociale e sanitaria.

Ma questo volano, per iniziare ad essere effettivamente percepito come tale, richiede un nuovo patto tra i diversi attori del sistema.

Un patto costruito sulla convinzione che questa filiera della salute ha tutti i numeri, i valori e le professionalità per diventare a tutti gli effetti una "grande impresa sociale" che crea ricchezza, *know how*, benessere e stimola innovazione, investimenti, occupazione e coesione sociale.

La professione infermieristica nell'ultimo decennio ha avuto una crescita culturale e professionale che non trova eguali in nessuna altra professione nel nostro paese.

Di questa crescita molti cittadini sono consapevoli, hanno constatato personalmente le maggiori competenze che possono ritrovare in questi professionisti e quanto valore aggiunto ha portato questa crescita professionale al miglioramento della qualità dei servizi assistenziali nelle aziende pubbliche e private.

Nelle aziende sanitarie, poiché aziende di servizi, più di altre c'è la consapevolezza dell'esigenza di avere personale qualificato ed aggiornato puntando sulla qualità delle prestazioni, la customer satisfaction, la disponibilità al cambiamento, in altre parole sulla competenza e motivazione della risorsa umana.

Per poter guidare le organizzazioni in situazioni di competitività, complessità assistenziale e costante cambiamento delle esigenze del mercato, con un'evoluzione dei bisogni/esigenze dei cittadini, diventa determinante l'apporto di dirigenti e coordinatori con elevate competenze manageriali e di leadership, appartenenti al profilo professionale, così da garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati anche tramite specifiche azioni di coaching ed empowerment.

Laddove le direzioni infermieristiche si sono sviluppate con autonomia di intervento, il cambiamento c'è stato e il sapere e l'esperienza infermieristica contribuiscono attivamente alla missione aziendale e all'analisi del bisogno assistenziale e terapeutico in tutte le sue dinamiche e fasi.

Ma lo stesso vale per l'intera categoria professionale, proprio a seguito del raggiungimento dello *status* di professionisti della salute che ci pone in un ruolo attivo, anche sul piano del monitoraggio dei servizi e delle prestazioni e della proposta per il loro miglioramento e adeguamento all'evoluzione della domanda di salute, in qualsiasi funzione o ambito di intervento si operi.

Allo stesso tempo è importante, se non fondamentale, avere professionisti che abbiano sviluppato competenze manageriali dentro le università italiane tramite l'acquisizione di master manageriali, a dirigere/coordinare le unità operative delle aziende sanitarie e altrettanto importante, per certi aspetti ancor più determinante, è puntare sugli specialisti, ossia coloro che hanno acquisito master professionali-specialistici, solo grazie alle loro competenze si potrà ottenere un'effettiva crescita culturale e professionale all'interno delle aziende, solo tramite lo sviluppo di competenze specialistiche le professioni sanitarie potranno continuare a crescere.

E' da questi professionisti che più di altri ci dobbiamo aspettare un ruolo di promozione dell'innovazione tecnologica, culturale e professionale, una maggiore attenzione verso l'esterno, verso le altre aziende e gli altri paesi, così da promuovere tramite il benchmarking l'implementazione di modelli vincenti.

Le nostre aziende non possono rimanere chiuse in se stesse; lo specialista ha un ruolo fondamentale nella ricerca ed implementazione nel proprio contesto operativo/professionale delle evidenze scientifiche.

Hanno funzione propositiva e di leader nei gruppi di lavoro finalizzati al miglioramento della qualità delle prestazioni, svolgono funzioni di consulenza verso i propri colleghi.

Nel loro percorso di master, gli specialisti hanno acquisito competenze inerenti la formazione, essenziali, insieme alle competenze specialistiche, per il corretto inserimento del neoassunto e per il tutorato agli studenti.

Secondo la legge 42 /99 la responsabilità professionale è data dai loro codici deontologici, dai profili professionali e dal percorso di studi effettuato.

Da questa legge a dire che la responsabilità è data dalle competenze, sviluppate il passo è breve, deve quindi essere altrettanto immediato un riconoscimento contrattuale che evidenzia le differenti responsabilità presenti all'interno delle professioni in base ai diversi percorsi di formazione post base effettuati, anche e soprattutto per sottolineare il valore aggiunto che questi professionisti costituiscono per le loro aziende.

Un maggiore investimento economico verso coloro che promuovono e partecipano ai progetti di miglioramento della qualità delle prestazioni, effettuano ricerche scientifiche e di promozione delle evidenze scientifiche all'interno del proprio contesto lavorativo ed effettuano consulenze grazie alle loro competenze specialistiche acquisite nei percorsi di master è sicuramente un elemento motivante per il professionista ma soprattutto la garanzia al cittadino di maggiore qualità dei servizi.

In questo contesto "the last but not the least" (l'ultimo ma non per importanza) è il tema riguardante la laurea specialistica/magistrale.

In questi anni centinaia di professionisti hanno acquisito competenze di un livello superiore ai master soprattutto nell'ambito del management e della formazione.

Vogliamo ricordare cosa sostiene Le Boterf "*La competenza esprime una relazione tra un soggetto ed una situazione lavorativa; essa scaturisce dall'analisi del soggetto in azione, dalla combinazione del tipo di risorse che mette in campo e dalla modalità con cui le combina per*

raggiungere i risultati ogni volta richiesti" in altre parole il "sapere" è fonte di valore soltanto nella misura in cui esso è funzionale ad un miglioramento delle prestazioni lavorative, ad una maggiore capacità di proposta e innovazione, gestione ecc..

Identificare un assetto organizzativo che riconosca ai professionisti le loro competenze all'interno delle aziende e quindi farli contribuire attivamente, nei ruoli che gli spettano al progresso culturale, professionale e qualitativo delle loro aziende, è un obbligo morale che tutti ci dobbiamo sentire se non vogliamo dire che in questi anni lo Stato ha promosso la formazione di professionisti senza futuro, che si è speso tanto per dare un sapere che non porta nessun valore aggiunto, in altre parole che si è sperperato denaro pubblico.

Nell'area manageriale è opportuna una distinzione tra una dirigenza di I° livello (o coordinamento) ed una dirigenza di II° livello (direzione/coordinamento di dipartimenti e dirigenza professionale) a cui hanno diritto di accedere solo i laureati magistrali che, essendo in possesso di competenze manageriali superiori rispetto ai master, possono accedere ad entrambi i livelli di dirigenza.

Sulla dirigenza di II° livello, oltre a riservarne l'accesso ai soli laureati magistrali, occorre migliorare la legge 251/00 in modo da avere una reale definizione delle esigenze minime di dirigenti di queste professioni all'interno di ogni azienda sanitaria.

Anche in materia di formazione, dato come postulato che chi forma dovrebbe avere il livello massimo di formazione di quella professione, è necessaria una reingegnerizzazione del sistema così da distinguere le responsabilità specifiche in base al livello di competenza acquisito definendo meglio tutti i ruoli di Training

Management..

E', infatti, un segnale di forte allarme e preoccupazione per la permanente carenza di personale infermieristico, calcolata ormai attorno alle 60 mila unità in meno del necessario, e che si sarebbe ulteriormente aggravata se negli ultimi anni non ci fosse stato un ampio ricorso a infermieri stranieri che assommano ormai a oltre 30 mila.

A chi imputare questa situazione ? Le cause sono diverse ma indubbiamente una prima risposta dovrebbe essere data dall'Università che mette i posti a bando non secondo la programmazione e le necessità del mondo del lavoro ma in funzione di obiettivi propri ed interni a quel mondo.

È tempo che le Università accettino la relazione e il confronto con il Servizio sanitario e le Regioni e che tra formazione e inserimento nel lavoro vi sia finalmente un legame stretto, coerente con i bisogni e le opportunità del sistema sanitario.

Riprendendo uno slogan lanciato dal presidente della Regione Liguria ad inizio anno "*È meglio avere tanti infermieri piuttosto che molti primari che occupano posti creati ad hoc, spesso inutili*", non posso che condividere le parole della nostra presidente nel sostenere che bisogna intervenire a monte, nella programmazione universitaria, rompendone l'aristocratico isolamento e sviluppando parallelamente una nuova classe di docenti infermieri che siano i reali preparatori e formatori dei nostri futuri professionisti.

E lo stesso vale per la ricerca infermieristica e assistenziale dove dobbiamo avere un ruolo chiaro, autonomo, propositivo e direttivo, sia a livello universitario che nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Non esiste tra quelli sopra elencati un obiettivo che non sia prioritario, un obiettivo per cui non dover spendere tutte le nostre energie, un obiettivo a cui, come infermieri siamo disposti a rinunciare ma tra tutti la definizione dei ruoli del Training Management non è più deferibile.

Dobbiamo rafforzare con livelli dirigenziali forti i Responsabili Professionali dei corsi di Laurea e Laurea Magistrale, ossia coloro che orientano e programmano gli accessi, rappresentano le istanze del corso nell'ambito dei collegi, ordini e associazioni professionali, monitorizzano il buon

andamento del corso, redigono report sull'attività del corso, dispongono e supervisionano le attività di segreteria e amministrativa del corso, garantiscono la coerenza dei rapporti fra Azienda sanitaria e Università, identificano e propongono gli ambiti di tirocinio, ambito di formazione essenziale sia per la laurea sia per tutti i corsi post base.

A tal proposito dobbiamo identificare, responsabilizzare e riconoscere professionalmente il tutor di tirocinio, dobbiamo infine definire criteri qualitativi e quantitativi chiari per la figura del Formatore. Investire quindi nella formazione, nel capitale umano, in un sistema di competenze riconosciuto e certificato a cui corrispondano responsabilità forti e chiare è su questa strada che professione infermieristica intende rafforzare il proprio contributo al "sistema salute" è in questa logica che si muove il nuovo Codice Deontologico dove l'infermiere, fin dall'articolo 1 non è più "un operatore sanitario", ma "il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica". Un professionista che, in quanto tale e anche nella sua individualità, "assiste la persona" e la collettività.

Con il nuovo Codice deontologico sanciamo definitivamente "l'atto infermieristico", inteso come il complesso delle attività, delle responsabilità, delle prerogative, delle competenze e dei saperi dell'infermiere nell'esercizio della sua attività professionale in tutti gli ambiti e in tutte le situazioni, da queste basi dobbiamo partire per definire il nostro contributo al Sistema Sanitario.

La cultura infermieristica nell'organizzazione: Esperienze a confronto

Dr. Claudio Baldini: Direttore U.O.C. Professioni Sanitarie Territoriali - AUSL n° 11 Empoli (FI)

Dr.ssa Simonetta Chiappi: Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie - AUSL n° 11 Empoli (FI)

Le organizzazioni, ormai, da tempo vivono di elementi di crescita professionale, che, basandosi su sistemi di approfondimento delle conoscenze individuali e di gruppo, producono competenze professionali e di sistema; in questo contesto si vanno a collocare anche le organizzazioni a carattere sanitario, in cui la cultura infermieristica può offrire un'ampio bagaglio di stimoli, spesso necessari alla prosecuzione di un percorso sempre centrato sui bisogni della persona singola e/o della collettività.

E' evidente come tali aspetti vadano a collocarsi in contesto rivolto alla qualità del prodotto erogato con formazione specifica, metodologia, tenacia e continuità.

In Italia viviamo un approccio formativo di alto livello culturale e professionale che in molti ritengono essere il più alto a livello europeo, ma abbiamo bisogno di contestualizzare in modo coerente e duraturo ciò che produciamo in termini di preparazione ed approfondimento, di conseguenza:

CULTURA INFERMIERISTICA -----> ORGANIZZAZIONE

Nella nostra realtà aziendale da tempo proviamo a traslare le conoscenze apprese durante gli Items formativi in competenze professionali coerenti con la funzionalità dei servizi ed i bisogni del cittadino e della popolazione in genere.

Ne sono riprova alcune esperienze come la necessità di sperimentare ed applicare un modello concettuale di riferimento della cultura infermieristica quale **"Nursing come stimolatore di armonia e salute"** teso non solo ad aumentare le conoscenze ed ad avvicinare al "bisogno di salute" in termini concettualmente corretti, ma anche a produrre una diversificazione dei ruoli di intervento in funzione della necessità assistenziale.

Questo porta nel tempo ad un'appropriatezza di intervento con soddisfazione della persona e del professionista, oltre a creare una visibilità culturale e professionale all'interno dell'organizzazione stessa.

Un'intervento così necessita di condivisione di obiettivi tra formazione ed organizzazione non solo nelle aree di formazione universitaria di primo livello e secondo livello ma anche nei programmi annuali di formazione continua dell'azienda stessa.

L'altra linea di intervento su cui ci siamo misurati negli ultimi anni riguarda il "Learning audit".

Il *learning audit* è un'approccio che si sostanzia in un'indagine organizzativa orientata ad esplorare i processi ed i fenomeni che risultano cruciali per rendere possibile e facilitare il processo di apprendimento.

Ciascun intervento è comunque tagliato su misura per il committente per quanto riguarda: Il processo di ricerca, le dimensioni organizzative da considerare, le modalità specifiche di realizzazione dell'indagine, le forme di elaborazione, l'interpretazione e la restituzione dei dati raccolti.

Anche in questo caso l'organizzazione aziendale ha supportato un periodo di formazione ed approfondimento sia culturale che metodologico del sistema coinvolgendo professionalità diverse:

Medici, Infermieri, OSS, etc, producendo momenti di coesione diffusi rivolti essenzialmente alla soluzione dell'elemento di criticità.

L'elemento di positività che ha contraddistinto il sistema non è legato soltanto al fatto di aver prodotto dei risultati ma anche alla necessità di mantenere sempre attivo autonomamente un sistema di lavoro.

In conclusione possiamo affermare che gli indici culturali proiettati nelle organizzazioni producono benefici non solo da un punto di vista professionale, ma anche in termini di risultati definibili come processi e percorsi assistenziali.