

# Newsletter



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

n. 0 - Febbraio 2011

## Editoriale

### Superare la crisi è possibile? yes we can

Sicuramente il 2010 è stato un anno difficile per il mondo della sanità e per la nostra ASL: tagli, blocco parziale del turnover del personale dipendente o con altro rapporto di lavoro, imposto dalla DGR 8/16 del 23.02.2010, che ha consentito la sola copertura dei posti nel limite del 70% per il ruolo sanitario e per il personale di supporto e del 10% per i restanti ruoli, ricorso alle prestazioni aggiuntive, proposta di accorpamenti tra UU.OO. omogenee... e, soprattutto, il crescere della pressione su infermieri, ostetriche, tecnici di radiologia e tecnici di laboratorio in servizio, determinata dall'evidente difficoltà di sostituire con nuove assunzioni i colleghi che escono dal sistema.

Se da un lato è vero che la logica dei provvedimenti proposti è finalizzata a far quadrare i bilanci degli enti locali e dello Stato, dall'altro è altrettanto certo che questi tagli renderanno sempre più impegnativo il lavoro delle professioni sanitarie, con ricadute sull'offerta sanitaria per i cittadini.

Paradossalmente, però, è proprio dalla spinta a gestire in modo più razionale risorse "limitate" che possono determinarsi spazi "nuovi" e alcune opportunità di innovazione del sistema.

Il 2011 imporrà al Servizio delle Professioni Sanitarie la necessità di rivedere "dall'interno" delle realtà operative gli attuali modelli organizzativi e il sistema dei rapporti tra professionisti, mettendo mano a regolamenti (orario di lavoro, prestazioni aggiuntive, straordinario), modalità di erogazione delle prestazioni e ruoli (e funzioni) di ciascuno.

L'augurio, quindi, è che la crisi riesca a stimolare la capacità di risposta di tutti coloro che hanno permesso al nostro SSN, pur tra mille difficoltà, di essere ancora oggi tra i migliori del mondo. La sostenibilità dell'intero sistema potrà essere mantenuta solo se verrà imboccata la strada del cambiamento e dell'innovazione.

Antonello Cuccuru

### Allattamento: un atto sociale e culturale



La settimana mondiale dell'allattamento si è celebrata a Sassari, Cagliari, Oristano, Dolianova, Sardinia, Nuoro. Settimana mondiale dell'allattamento materno? Molti storcono il naso o sorridono imbarazzati. Ci si domanda che bisogno ci sia di mettere in piazza una storia privata come questa. La prima risposta è che l'allattamento materno è molto più affare sociale e culturale di tanti altri.

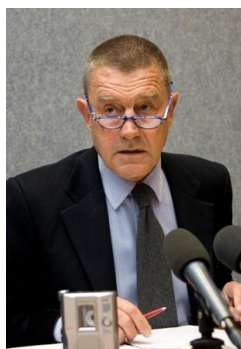
La Settimana mondiale dell'Allattamento Materno che si celebra in ottobre in Europa e in agosto nell'emisfero opposto, è semplice nel suo obiettivo: onorare l'allattamento materno. Ogni anno l'iniziativa ha un suo tema e quest'anno il tema è stato: fare il punto dopo 20 anni dalla Dichiarazione degli Innocenti che invitava tutti i Paesi del mondo a rispettare l'allattamento Materno nella loro legislazione, a nominare a tal proposito un coordinamento nazionale, a migliorare le leggi per la tutela della maternità, nonché ad implementare l'iniziativa dell'UNICEF Ospedali Amici dei Bambini; cioè quegli ospedali che rispettano nei loro protocolli assistenziali alcuni criteri di tutela dell'Allattamento Materno, per esempio, evitare la somministrazione non indispensabile di latte artificiale. Il primo latte artificiale è stato prodotto alla fine del 19° secolo ma, a partire dagli anni 50, le vendite del latte in polvere sono aumentate negli USA e in Europa e a seguire nel mondo. Il boom economico del dopoguerra ha dato l'impressione che alimentare con il biberon fosse più moderno, l'entrata della donna nel mondo del lavoro, e forse lo stesso movimento di liberazione femminile hanno contribuito al calo dei tassi di Allattamento Materno. Facendo leva sull'evoluzione sociale e culturale, le ditte produttrici di latte in polvere hanno moltiplicato le loro offerte e i loro guadagni.

Qualcosa di simile al '*disease mongering*' (inventare una malattia dopo avere inventato un farmaco per curarla) che ha immesso sul mercato farmaci per "curare" eventi come la menopausa, la perdita dei capelli, l'invecchiamento. In questo modo alle donne è passato il messaggio che il latte prodotto dall'industria fosse meglio di quello prodotto dal loro corpo. Gli organismi internazionali hanno preso posizione su questa informazione distorta che ha portato nei decenni a conseguenze negative sulla salute. Sono stati fondati Enti e Associazioni *no profit* in collegamento con l'OMS, l'UNICEF la FAO, e sono stati stipulati Codici di regolamentazione internazionale che impongono norme alla commercializzazione dei sostituti del latte materno (sino a qualche decennio fa chiamati col sinistro appellativo di 'latte umanizzati') e che tutelano il diritto dei bambini e delle madri alla salute. Perché dunque la Settimana Mondiale dell'Allattamento Materno? Perché il latte materno non è sponsorizzato da alcuna ditta e quindi è la società che ne deve promuovere il valore. E ancora altri perché: perché il latte materno è ciò che la natura dall'inizio del genere umano ha concepito per i cuccioli dell'uomo, perché allattare è un gesto d'amore che scalda i cuori della famiglia e della collettività, perché allattare arricchisce la vita emotiva della donna dandole fiducia nelle sue competenze, perché allattare è quello che sa fare da solo il corpo femminile con lo stesso corpo che è riuscito a generare una vita nuova, perché essere allattati è quello che biologicamente si aspettano tutti i neonati i quali hanno la capacità di strisciare da soli verso il seno materno dopo la nascita, esattamente come fanno tutti gli animali della nostra specie, perché allattare è pulito e sano e, nei Paesi in Via di

Sviluppo, può fare la differenza tra la vita e la morte, perché promuovere l'allattamento materno esclusivo e prolungato è una forma di tutela dell'infanzia nelle calamità naturali più efficace della donazione di biberon e latte in polvere che necessitano di una sterilizzazione impossibile in circostanze critiche come inondazioni e terremoti, perché il latte materno non produce inquinamento come invece il latte artificiale la cui preparazione comporta il consumo di risorse dall'inizio alla fine della filiera comprese quelle per lo smaltimento dei rifiuti. La Settimana Mondiale dell'Allattamento Materno ricorda al mondo che la prima scelta per nutrire un neonato è il latte materno e che è necessario rafforzarne la promozione, convogliando le risorse umane e finanziarie, su tutto il territorio nazionale, nel sostegno ai neo- genitori fornendo loro gli strumenti per affrontare le eventuali difficoltà. Sarà un bel giorno quello in cui non ci sarà più bisogno della Giornata della donna, della Giornata dell'acqua, della Giornata della terra, e della Settimana dell'Allattamento Materno. Quel giorno gli obiettivi dell'Onu per il millennio saranno stati raggiunti, noi, che siamo adulti nel duemila non faremo in tempo a vedere l'alba di quel giorno ma ai bambini che in questo momento stanno nascendo dobbiamo dare la speranza che quell'alba arriverà.

Susanna Maccioni

## Il Nuovo Piano Sanitario Nazionale



Il Piano Sanitario Nazionale (Psn) 2011-2013 è stato approvato dal Consiglio dei Ministri, su proposta del ministro della Salute, Ferruccio Fazio, il 21 gennaio 2011. L'iter prosegue con l'invio alle Commissioni parlamentari per il Parere e alla Conferenza unificata per la prevista Intesa.

Il Piano evidenzia come macro obiettivo del SSN la promozione del "benessere e della salute dei cittadini e delle comunità", nella consapevolezza che "la vera ricchezza del sistema sanitario è la salute dei cittadini".

Esso si basa dunque sui principi di:

- responsabilità pubblica per la tutela del diritto di salute della comunità e della persona;
  - eguaglianza ed equità d'accesso alle prestazioni;
  - libertà di scelta;
  - informazione e partecipazione dei cittadini;
- gratuità delle cure nei limiti stabiliti dalla legge;
  - globalità dell'assistenza.

Una delle novità riguarda l'apertura h24 degli ambulatori, gestiti dai medici di famiglia, che per i casi meno gravi, consente di evitare il ricorso al pronto soccorso degli ospedali. Tra gli obiettivi da raggiungere, vanno promossi e sviluppati una serie di interventi, tra cui: prestazioni sulla base del quadro clinico del paziente; percorsi diagnostici terapeutici (Pdt), fissando i relativi tempi massimi di attesa; gestione degli accessi attraverso l'uso del sistema Cup; vigilanza sistematica delle situazioni di sospensione della prenotazione e dell'erogazione delle prestazioni; comunicazione sulle liste d'attesa attraverso campagne informative e apertura di Uffici relazioni con il pubblico

## Aggiornamento sulle raccomandazioni per la rianimazione pediatrica

L'International Liaison Committee on Resuscitation Pediatric Task Force del 2010 ha rivisto alcune delle raccomandazioni contenute nella versione del 2005. Anche questo aggiornamento è basato sulla approfondita e completa valutazione delle nuove evidenze scientifiche presenti in letteratura.

I punti più importanti sono i seguenti:

1. Iniziare la rianimazione cardiopolmonare (RCP) se non ci sono segni di vita e se il polso non è rilevabile per 10 secondi;
2. Effettuare la rianimazione cardiopolmonare (compressioni toraciche e respirazione di supporto);
3. La compressione toracica deve essere pari ad almeno un terzo del diametro antero-posteriore del torace;
4. Considerare l'utilizzo di tubi endo-tracheali cuffiati nei neonati e nei bambini. La

pressione della cuffia non deve eccedere i 25 cm di H<sub>2</sub>O. Le dimensioni dei tubi sono, in base all'età del bambino, le seguenti:

> 3 mm fino a 1 anno di età;

> 3,5 mm per un'età compresa tra 1 e 2 anni;

> per un'età superiore ai 2 anni, 3,5 mm + ¼ dell'età.

5. Modificare o interrompere la pressione sulla cartilagine cricoide se questa ostacola la preintubazione, la ventilazione o l'intubazione;
6. Monitorizzare la capnografia per confermare la posizione del tubo endotracheale, ricordando che la CO<sub>2</sub> di fine espirazione nei neonati e nei bambini potrebbe essere al di sotto dei limiti rilevabili per i dispositivi colorimetrici (85% di sensibilità e specificità del 100%);
7. Considerare l'utilizzo di un dispositivo rilevatore esofageo nei bambini con peso superiore ai 20 Kg;
8. Utilizzare il monitoraggio della capnografia al fine di poter valutare l'efficacia delle compressioni toraciche;
9. Evitare l'eccessiva ventilazione perché può diminuire la pressione di perfusione cerebrale, i tassi di ripristino della circolazione spontanea ed i tassi di sopravvivenza;



10. Dopo la ripresa della circolazione spontanea, modificare la concentrazione dell'ossigeno al fine di evitare la tossicità da ossigeno;
11. Nello shock settico pediatrico, fornire terapia al fine di normalizzare la saturazione venosa centrale dell'ossigeno al 70%;
12. Evitare l'utilizzo routinario di bicarbonato e di calcio nell'arresto cardiaco pediatrico: entrambi sono associati infatti ad una diminuzione della sopravvivenza.

Kleinman ME et al. Pediatric basic and advanced life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Pediatrics 2010 Nov; 126:e1261.

## **“I medici temono il pieno riconoscimento degli infermieri”**

Intervista della presidente della Federazione nazionale Collegi IPASVI Annalisa Silvestro, al quotidiano on line di informazione sanitaria *Quotidiano Sanità*.



Dal 2000 Annalisa Silvestro è presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, la rappresentanza istituzionale della professione infermieristica. La sua presidenza ha dunque coinciso con l'ingresso della formazione infermieristica in ambito universitario, salutato all'inizio come una conquista ma che oggi, a dieci anni di distanza, solleva anche qualche critica.

**Presidente Silvestro, molti infermieri lamentano che l'ingresso degli infermieri all'Università non abbia prodotto nessun cambiamento nei modelli organizzativi e dunque nel riconoscimento della professione. Lei cosa ne pensa?**

È vero, anche perché nel momento in cui qualche Regione ha voluto formalizzare l'attribuzione di maggiori competenze e responsabilità agli infermieri, anche in considerazione del fatto che hanno adesso un percorso di formazione molto più elevato e strutturato, abbiamo avuto le reazioni dei medici. In realtà c'è una parte del mondo sanitario che non vuole modificare gli attuali assetti perché teme che si mettano in discussione equilibri di potere che si basano su modelli molto antichi, che avevano ragione di essere impostati in quel modo quando l'unica figura sanitaria intellettualmente riconosciuta e con un profilo formativo elevato era il medico. Finché le cose avvengono in maniera informale sono accettate, ma se si chiede che i cambiamenti siano di struttura e di modello, allora scattano le “sensibilità”.

**Ma il cambiamento di modello organizzativo che lei immagina è funzionale solo alla crescita della professione infermieristica?**

Non mi sembra. Stante la piramide demografica e stante l'andamento epidemiologico, abbiamo oggi una popolazione che chiede sempre meno risposta per le acuzie, che comunque c'è, mentre è sempre più orientata ad chiedere una risposta sanitaria rispetto alla cronicità, dove il medico ha un ruolo molto rilevante ma non centrale, mentre è centrale la risposta assistenziale e dunque la competenza e la responsabilità degli infermieri.

D'altra parte il sistema, per reggersi, deve sviluppare le potenzialità fornite delle competenze ulteriori acquisite dai professionisti che ci lavorano. Altrimenti, per come è organizzato ora non è in grado di sostenersi. Anche perché questi professionisti altrimenti esploderanno, chiedendo che vengano loro pienamente riconosciute le responsabilità che competono loro e che peraltro già ricoprono.

**Pensa ad un crollo del sistema sanitario?**

Il rischio è gravissimo. Anche perché nel momento in cui il dottor Pizza, presidente dell'Ordine dei medici di Bologna, presenta un esposto alla procura della Repubblica di Bologna e di Firenze dicendo che gli infermieri esondano nelle loro competenze e quindi abusano della professione medica, sposta il terreno del confronto dall'ambito professionale a quello giuridico. E gli esiti possono essere due: il primo è che la magistratura intervenga per dire cosa possano fare gli uni e gli altri, il secondo che “riconosca” che si sta abusando della professione medica. In questo secondo caso, io sarò costretta a dire a tutti gli infermieri di fare non uno, ma due o tre passi indietro. Ma mi chiedo come potrà reggere il sistema.

**Lei punta l'attenzione soprattutto sulle responsabilità dei medici. Crede che la politica invece abbia capito l'urgenza di un cambiamento di modello organizzativo?**

Per la politica nazionale ho dei dubbi, perché sente meno la pressione delle istanze che vengono dalla concreta agibilità dei servizi sanitari e quindi tenderà a mantenere gli equilibri attuali anche per evitare di entrare in rotta di collisione con degli *stakeholder* non di poco conto. Per quanto riguarda i livelli politici locali, quindi Regioni e Province, sono invece moderatamente ottimista, perché sono maggiormente sottoposti alla pressione dei cittadini che chiedono risposte, non vogliono aspettare in Pronto Soccorso sei ore, vogliono avere l'infermiere a domicilio, ecc. E se si vogliono dare risposte positive è indispensabile mettere in discussione il sistema attuale.

**La legge del 2001 prevedeva anche uno sviluppo di carriera per gli infermieri, che nei fatti però trova ancora pochi riscontri. Siete delusi?**

L'interpretazione di quella legge è stata molto restrittiva: si è ritenuto di poter risolvere il nodo posto dalle professioni sanitarie, e in particolare dall'infermieristica che è la più numerosa, individuando un dirigente infermieristico in ogni azienda. E per questo ruolo in effetti ora si stanno facendo i concorsi dappertutto. Ma è evidente che questa non è certo

una soluzione sufficiente. Anche perché basta guardarsi intorno: le amministrazioni hanno un numero di dirigenti rilevante, i medici entrano addirittura tutti come dirigenti, pensare che per gli infermieri ce ne sia uno solo in ogni Azienda è davvero poco.

Non si tratta solo di sviluppare la progressione di carriera sul versante dell'organizzazione e del management, ma di costruire la possibilità di sviluppo di carriera nella clinica: se ho degli infermieri che si assumono alcune responsabilità cliniche, dovrò valorizzarli. E con ciò torno al punto: se il sistema riconosce, anche economicamente, il ruolo e la responsabilità dei professionisti, dovranno riconoscerle anche i medici.

### **Alcuni ritengono che l'attuale formazione universitaria degli infermieri li avvicini troppo al modello medico.**

Mi sembra che sia un problema superabile quando poi si entra nella realtà operativa e nella comunità professionale. Certo questo comporta ulteriore impegno e fatica nell'affiancamento e nell'inserimento, cosa che potrebbe essere contenuta se l'impostazione accademica fosse diversa. Adesso, con la riforma Gelmini, vedremo cosa riusciremo a fare rispetto al mantenimento del nostro settore scientifico disciplinare e alle docenze infermieristiche.

Anche perché questo è un vero paradosso: i medici si tengono il corso di Laurea in Infermieristica dentro la facoltà di Medicina e Chirurgia, vogliono avere la titolarità degli insegnamenti e poi si lamentano perché questi professionisti, che hanno contribuito a creare, sono più vicini a loro di quanto a loro stessi interesserebbe.

## **D.lgs 150/2009 e il tormentone 25 - 50 - 25. Un paio di cose da chiarire**

Intervista con Leonello Tronti - Direttore Ufficio per la formazione dei dipendenti pubblici, Dfp - Pcm -

**FORUM PA**  
**SAPERI PA** BETA

A margine del convegno di presentazione dei risultati della sperimentazione della valutazione di performance individuale in sanità, progetto Valutare Salute, Leonello Tronti - Direttore Ufficio per la formazione dei dipendenti pubblici, Dfp - Pcm - ha rimarcato come "nonostante il tema della valutazione per l'Italia sia ancora impervio (in barba a tutte le norme e gli accordi sindacali che dal 1993 ne hanno affermato il valore indispensabile), il convegno è andato molto bene. La partecipazione è stata ampia e qualificata, e gli interventi vivaci, interessanti, convincenti sulla solidità dei metodi e dei risultati acquisiti".

### **Uno dei punti su cui si concentrano le preoccupazioni e le perplessità è la divisione, nel sistema di valutazione disegnato dal d.lgs 150/2009, nelle tre fasce percentuali "25 - 50 - 25" che sembrerebbe escludere a priori il 25% dei valutati dagli incentivi...**

"E' vero - riconosce - che le comprensibili critiche di matrice sindacale (e quelle meno giustificabili di parte della stampa che a queste si piega) fanno leva sull'irritazione dei più per la predeterminazione ex ante dell'entità delle tre fasce di merito (il famigerato 25-50-25)". "Ma - sottolinea - questa è una condizione che deriva purtroppo da una mancata conoscenza della legge, che la disinformazione continua ad alimentare".

### **Lei dice che su questo punto c'è disinformazione, allora chiariamo una volta per tutte. Cosa prevede in realtà il d.lgs 150/2009?**

In sintesi - spiega Tronti - la norma evidenzia "tre filtri", cioè tre meccanismi attraverso i quali l'incidenza delle percentuali rispetto alla distribuzione degli incentivi può essere modificata.

Innanzitutto "il d.lgs. 150 prevede che la distribuzione predeterminata si applichi all'insieme dei dipendenti di un'Amministrazione (una distribuzione normale o vicina alla normale si può dare, infatti, solo su grandi numeri), non all'interno di ciascuna struttura. Ovvero: i dirigenti devono certamente proporre la loro valutazione su tre livelli (e senza seguire necessariamente le proporzioni suggerite); e per arrivare al 25-50-25 è necessario il riproporzionamento di tutte le valutazioni proposte dai dirigenti da parte dell'Organismo indipendente di valutazione (OIV), che nelle Amministrazioni centrali già è stato creato e ora va costituito anche nelle Amministrazioni regionali e nelle Aziende sanitarie.

"La legge - continua - propone poi un secondo filtro: la contrattazione decentrata. Questa può modificare il 25-50-25 in due modi. Anzitutto variando la consistenza della prima fascia, che può essere fissata per accordo aziendale tra il 20 e il 30% (senza però toccare il monte della premialità individuale, che va a questa fascia per il 50%). E poi variando a piacere la consistenza sia delle fasce ulteriori (di base due, ma estendibili come si decide), sia l'entità dei premi (che da 50% alla fascia media e 0% all'ultima possono diventare qualunque cosa - purché nel rispetto del criterio del merito)".

Infine, nel caso specifico della valutazione in sanità, "un terzo filtro la legge lo dà per il fatto che, per il SSN, sono le Regioni a dover recepire i principi della 150 (in realtà, entro il 31/12/2010) con norma propria. La legge richiede che si

adottino comunque almeno tre fasce di merito e che i premi siano coerentemente differenziati in base al merito. Allo stato attuale, sette regioni hanno varato normative regionali di recepimento, altre sette sono in procinto di farlo e le rimanenti hanno tutte avviato la discussione”.

### **Dunque, la stessa legge prevede dei meccanismi di flessibilità...**

Certo e c'è un ulteriore elemento, di carattere tecnico, che va ben sottolineato. La valutazione ha due componenti: una statica (valutazione del livello delle competenze acquisite) e una dinamica (valutazione del miglioramento rispetto al livello precedentemente stabilito). Se la prima componente favorisce i "più bravi", la seconda è invece contraddistinta dal "vantaggio dell'arretratezza", ovvero dal fatto che, con investimenti relativamente piccoli in impegno, formazione, comunicazione o altro, i dipendenti meno "competenti" possono migliorare la propria performance – anche di molto. Ovviamente la combinazione tra le due componenti fornisce, in sede tecnica, un ulteriore e significativo elemento di flessibilità rispetto alla presunta rigidità della distribuzione prefissata ex ante.

### **Molti hanno sollevato questo punto: come gestire il possibile deterioramento del clima organizzativo, quando ad una parte delle persone che compongono un team non verrà riconosciuto alcun premio?**

Questo è un punto su cui mi sembra ancora più necessario fare chiarezza. I dipendenti che verranno valutati come appartenenti alla fascia bassa non sono in alcun modo da considerare "paria". La loro prestazione lavorativa deve essere comunque del tutto accettabile, anche se inferiore alla media dei colleghi. Se infatti non lo fosse, quei dipendenti andrebbero licenziati o sospesi dal lavoro, non solamente inseriti nella fascia di merito bassa. È necessario chiarire bene ai dipendenti, ai cittadini, ai sindacati e all'opinione pubblica che la valutazione ha lo scopo di dare vita ad un processo di miglioramento continuo della qualità e quantità dei servizi offerti ai cittadini; e che, se questo richiede che venga fatta chiarezza sulla performance lavorativa di tutti, anche la valutazione più bassa comporta comunque un livello di prestazione del tutto accettabile, senza rischi per i cittadini e senza stigma per i dipendenti. Se così non fosse e se qualcuno dovesse essere valutato inaccettabile sotto il profilo professionale, esso andrebbe immediatamente sospeso o rimosso

## **La fatica di cambiare: misurarsi con il vincolo della mentalità è una delle principali fatiche del cambiamento**



Ho intenzionalmente voluto citare i concetti espressi dal prof. Ugo Morelli<sup>1</sup>, poiché ritengo che essi abbiano “peso” in materia di cambiamento, e riflettano totalmente la mia opinione sull' assunto in argomento.

La mia riflessione consegue dall'evidenza del quotidiano: il cambiamento postulato, prevede un cammino seriamente impegnativo, disseminato di resistenze poste in essere anche dal target di popolazione infermieristica cui ci rivolgiamo.

Pertanto, è mio convincimento che le maggiori risorse debbano essere dedicate anzitutto allo sviluppo di una cultura del cambiamento primariamente di ciascun individuo inserito nel proprio contesto lavorativo.

### **I quesiti**

1. Se si ritiene che il cambiamento culturale sia fondamentale nell'accettazione di una nuova prospettiva, in quale ambito si colloca la professione infermieristica, ancora alla ricerca di autodeterminazione? In altre parole, i professionals sono pronti a spogliarsi delle proprie ataviche infrastrutture mentali per accedere all'innovazione, liberandosi da precostituiti schemi ?
2. La formazione universitaria dell'infermiere può realmente segnare il passo e definire percorsi di miglioramento culturale? La formazione di base ha prodotto professionisti motivati e preparati alla crescita culturale?
3. L'individuazione professionale e l'autodeterminazione sono condizioni necessarie per il cambiamento?

### **Autenticità professionale**

---

L'autenticità è il riconoscimento di sé attraverso le differenze che si riescono a contenere nella propria autonomia professionale. Solo la disposizione e la capacità di rispondere a se stessi ci può rendere autentici: la prima responsabilità l'abbiamo, infatti, verso noi stessi riguardo al modo in cui viviamo la nostra professione.

Non ci rendiamo conto, talvolta, che proprio quando ci sembra impossibile fare diversamente che abbiamo la maggiore necessità di innovare; raggiungere questa istanza, farla nostra, rappresenta il raggiungimento di una base su cui costruire il miglioramento della qualità della professione infermieristica.

In una dimensione relazionale controversa all'interno, la disposizione ad imparare dall'errore, l'atteggiamento proattivo, diviene passaggio di fondamentale importanza per gli obiettivi che si vogliono raggiungere.

### **La formazione alla professionalità come formazione del soggetto**

La professionalità è in costante evoluzione, per questo motivo è collocata al centro di un processo formativo continuo. Il valore e la necessità di una formazione che ponga al centro il soggetto, i suoi bisogni, le sue motivazioni personali e professionali, non appartengono ad una cultura diffusa: sono ancora prevalenti alcune logiche secondo le quali la formazione è un mero *investimento* da compiere per tenere il passo con i rapidi cambiamenti tecnologici e di mercato (formazione in ingresso), o come una *spesa* da effettuare per migliorare la qualità delle prestazioni (formazione manageriale). La formazione in questo modo viene espropriata del suo contenuto pedagogico riconducibile all'essere parte di un percorso mai concluso, in cui il soggetto è chiamato a ridefinire costantemente la propria identità nei diversi contesti in cui opera.<sup>2</sup>

### **La formazione universitaria dell'infermiere**

È innegabile che il singolo infermiere da solo non può essere promotore di cambiamento, e che i presupposti organizzativi devono esistere molteplici.

Il concetto di assistenza infermieristica come insopprimibile attività umana e quale indispensabile

scienza della salute disgiunta dalla medicina benché ad essa complementare, è rimasto in ombra non solo nel sistema sanitario nazionale, ma anche nella mente di molti infermieri e medici.

L'infermiere contribuisce alla ricerca di base ed applicata in materia di assistenza e utilizza le scoperte della ricerca e le tecniche scientifiche che risultano dalla continua evoluzione delle scienze umane.

L'assistenza infermieristica è un processo evidentemente dinamico che genera adattamenti e miglioramenti.

Pertanto, l'infermiere del terzo millennio per apprendere e sperimentare le conoscenze necessarie a sviluppare la competenza tecnica e la capacità che renderanno attuabile il cambiamento, in termini di risposta strutturata ai bisogni degli utenti (sulla base di un approccio umano integrale), deve essere formato a perseguire i seguenti obiettivi:<sup>3</sup>

1 - capacità di identificare, formulare, rendere operativi i metodi per il soddisfacimento delle esigenze sanitarie, coordinando e valutando tutte le risorse in suo possesso comprese quelle del paziente, del team in cui opera, e quelle offerte dalle strutture sanitarie - sociali;

2 - capacità di pianificare, organizzare, erogare e valutare i servizi di assistenza infermieristica;

3 - capacità di orientare e guidare gli infermieri tirocinanti e gli altri gruppi interessati e di lavorare in équipe (compreso il paziente-cliente/famiglia) per realizzare, mantenere e promuovere la collaborazione tra le persone coinvolte;

4 - capacità di partecipare alla ricerca nell'assistenza infermieristica;

5 - capacità di contribuire alla promozione di una politica sanitaria efficiente;

---

<sup>2</sup> Sabatano F., Per una pedagogia delle competenze. Liguori Editore 2005

Fausta Sabatano è dottore di ricerca in "Pedagogia della formazione" e professore a contratto presso la Facoltà di Scienze motorie dell'Università degli Studi di Napoli "Parthenope". I suoi interessi di ricerca riguardano principalmente la formazione al lavoro nei contesti organizzativi, finalizzata alla costruzione di competenze professionali tese allo sviluppo olistico del soggetto. Tra le sue pubblicazioni: *Competenze e Professionalità. La formazione nei contesti organizzativi*, Pensa MultiMedia 2003; *Per una pedagogia delle competenze. La costruzione di un modello di formazione in contesti aziendali*, Liguori 2005.

<sup>3</sup> Cantarelli M.

6- capacità di accettare le responsabilità professionali e la volontà di approfondire la propria formazione nel campo dell'assistenza infermieristica

### Conclusioni

L'insegnamento del management ( inteso come gestione della professione ) è inserito più che altro a livello di formazione universitaria per infermieri dirigenti / coordinatori, mentre tale istruzione dovrebbe avere uno sviluppo costante dalla formazione di base degli infermieri lungo tutto il percorso di avanzamento professionale.

La formazione prevalentemente orientata solo verso la teoria, produce un infermiere preparato per assistere il malato individualmente, senza strumenti concreti per identificare e risolvere le difficoltà di gestione che richiedono ad esempio, l'assistenza di gruppi di malati; in altre parole, *che lo rendano competente nella visione più ampia del sistema organizzativo.*

L'infermiere che solleva lo sguardo dal circoscritto e allarga i propri orizzonti con il desiderio di conoscere, capire, implementare il miglioramento della qualità dell'assistenza. La qualità non ci è di nessun supporto quando cerchiamo di implementarla solo ed esclusivamente perché qualcuno ci obbliga a farlo. Affrontare il percorso della certificazione con un atteggiamento riluttante, poco consapevole, senza mirare ad ottenere da tutto questo lavoro un vantaggio tangibile per la nostra organizzazione è il modo migliore per far sì che il progetto non vada a buon fine ma resti una mera risposta ed un comando

Il **perché** non può essere disgiunto dal **come** agire all'interno dell'organizzazione utilizzando strumenti di gestione appropriati.

L'assistenza infermieristica (come le altre professioni sanitarie), richiede flessibilità e capacità di adattarsi ai mutamenti, ma affinché ciò si possa realizzare, diviene fondamentale pianificare i contenuti di una formazione di base che si rivolga alla **costruzione della cultura** della "*disposizione al miglioramento*", che colmi il gap esistente tra formazione di base e occorrenze gestionali, che sia orientata al cambiamento.

Ritengo che l'infermiere in possesso di conoscenze gestionali possa favorire il cambiamento dell'assistenza all'interno della struttura organizzativa del proprio servizio, e possa altresì essere una risorsa in continuo divenire per tutto il sistema.

In una organizzazione complessa come quella sanitario - ospedaliera, gli infermieri preparati a più livelli possono predisporre ed attuare nuovi modelli organizzativi assistenziali: sono generalmente più abili nell'individuare le priorità e le criticità utili per l'applicazione delle metodologie e per gestire i processi all'interno del team sanitario.

Silvana Vincis