

VI FORUM INTERNAZIONALE EBN
EVOLUZIONE DELLE FUNZIONI
DI COORDINAMENTO PER LE
PROFESSIONI SANITARIE
MILANO, 27 GENNAIO 2006

AULA MAGNA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

MATERIALE DIDATTICO

L'IMMAGINE SOCIALE DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO, QUALI RISPOSTE AL BISOGNO DI SALUTE

Andrea Serra – Simona Mapelli

Nella produzione cinematografica e televisiva l'immagine del Caposala, o dell'infermiere coordinatore secondo un'accezione più adeguata alle funzioni che dovrebbero essere proprie di questo professionista, trova un minore riscontro rispetto alle ricorrenti e spesso poco felici caratterizzazioni infermieristiche.

Tuttavia il ruolo di Caposala, storicamente radicato, sembra godere di una adeguata considerazione sociale sia nell'iconografia cinematografica sia nella percezione dei non addetti ai lavori.

La formazione di una dirigenza infermieristica con prerogative didattico organizzative fu teorizzata ed istituita dalla stessa Florence Nightingale agli albori del nursing quale premessa indispensabile per lo sviluppo armonico e responsabile di una disciplina sanitaria tanto innovativa nelle sue modalità di affrontare l'assistenza al paziente quanto efficace come statisticamente dimostrato dagli studi di prevalenza effettuati nella Guerra di Crimea dalla stessa Nightingale.

In Italia le prime disposizioni di Legge sull'istituzione delle scuole convitto per infermiere professionali R.D. 1832/25 e R.D. 2330/29, oltre il biennio di formazione per il conseguimento del diploma di infermiera prevedevano un terzo anno di corso per l'abilitazione a funzioni direttive.

Il controllo della disciplina di infermieri, ausiliari e pazienti, del rispetto dei ruoli, della gestione domestico alberghiera delle unità operative veniva nella quasi totalità dei casi affidato a personale religioso che con grande visibilità incarnava nella cattolicissima Italia quell'ideale vocazionale di dedizione ai sofferenti coniugato al rigore quasi da ordine monastico con cui tale ruolo veniva ricoperto anche attraverso una amministrazione delle risorse improntata all'autarchia come si conveniva in quel particolare contesto storico del nostro Paese.

Un'icona cui si rende un tributo nelle sequenze tratte da "Addio alle armi" nelle poche battute della Suora Caposala del Reparto di chirurgia dell'Ospedale Maggiore di Milano in cui viene ricoverato il protagonista del film.

Suore Caposala quindi, che qualunque fosse l'orientamento dei sottoposti o dei pazienti sotto il profilo confessionale o politico, costituivano per tutti un caposaldo imprescindibile, al cui rispetto ed apprezzamento si deve ancor oggi parte della considerazione di riguardo riservata da molti utenti del servizio sanitario alla figura del Caposala.

Lo sviluppo nel periodo post - bellico di una politica dello stato sociale ed il progresso scientifico e tecnologico della medicina portò nell'Italia del boom economico alla necessità di affinare le capacità di gestione del personale infermieristico con l'inaugurazione delle prime scuole universitarie dirette a fini speciali dedicate alla dirigenza infermieristica.

In ambito professionale le leggi di riforma ospedaliera della fine degli anni '60 avevano delineato i profili del caposala e del dirigente infermieristico, mentre il crescente fabbisogno di personale di coordinamento aveva coinciso con un incremento significativo nel comparto del personale laico.

La figura del caposala inquadrata all'art. 8 del D.P.R. n° 128/69 nell'ambito del personale sanitario ausiliario, veniva gerarchicamente sottoposta al primario ed al personale medico strutturato, con attribuzioni limitate alla gestione del personale infermieristico ed ausiliario dell'unità operativa di riferimento e responsabilità sul controllo di una serie di variabili di carattere domestico alberghiero.

Un quadro complessivo ancora distante dalla coeva immagine della caposala statunitense proposta in "Qualcuno volò sul nido del cuculo", ben lontana dall'incarnare un modello assistenziale positivo, ma caratterizzata da autorità, autonomia e discrezionalità nella partecipazione al percorso rieducativo dei propri pazienti.

In Italia il D.P.R. n° 225/74, considerato per i vincoli mansionari ed il giogo dell'ausiliarità della professione infermieristica, incominciava comunque a riconoscere all'infermiere prerogative sulla predisposizione dei propri piani di lavoro, l'assistenza completa all'infermo, l'educazione sanitaria, la partecipazione a riunioni di gruppo e ricerche, riconoscendo implicitamente la presenza di un cambiamento in itinere per il gruppo infermieristico.

Questo sviluppo, destinato a rimanere a lungo sconosciuto sotto il profilo normativo, andava gradualmente a strutturarsi in una crescente responsabilizzazione del personale infermieristico e di coordinamento negli aspetti organizzativi, nei rapporti con l'utenza e con gli altri gruppi professionali in un contesto di crescente complessità gestionale apportato dalla legge 833/78.

Dal fermento culturale ai vertici della professione e dall'esigenza di rispondere in modo più attento ai bisogni degli assistiti stava prendendo forma una concezione di coordinamento infermieristico chiamata a valicare sempre più spesso i criteri di gestione semplice di un reparto ospedaliero, interfacciandosi con altre realtà, spesso con compiti di grande delicatezza e responsabilità come nella pianificazione dell'attività trapiantologica proposta da Almodovar in "Tutto su mia madre".

Una figura professionale e gestionale che con l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie introdotta in Italia dai Decreti 502/92 e 517/93 avrebbe dovuto assumere le caratteristiche di un management intermedio di indubbio valore strategico, oggetto di riconoscimento, aggiornamento e coinvolgimento in un sistema premiante aziendale.

Molti infermieri coordinatori possono riconoscersi oggi in circostanze del tutto sovrapponibili a quelle in cui Carol Hathway, l'infermiera coordinatrice della serie E-R, viene ritratta mentre si occupa di problemi di flessibilità della turnistica, della valutazione del personale, di aspetti di assistenza indiretta, di confronto aperto con altri professionisti e punto di riferimento per i collaboratori nella soluzione di innumerevoli problemi organizzativi che puntualmente tornano a manifestarsi durante la sua assenza.

Pur con tali riscontri, lusinghieri se rapportati ad una realtà tradizionalmente considerata all'avanguardia come quella nordamericana, quest'ultima fase del processo evolutivo della funzione del coordinatore infermieristico non può ad oggi considerarsi pienamente compiuta anche alla luce delle difficoltà derivanti nello specifico professionale dalle innovazioni sostanziali introdotte nell'ultimo decennio dalle riforme relative il profilo professionale e la formazione dell'infermieristica.

Il quadro normativo introdotto da Leggi fondamentali come il DM n° 739/94, la Legge n° 42/99, la Legge n° 251/2000, e dal DI 02/04/2001, pur riconoscendo una situazione già in parte consolidata dalla pratica clinica hanno identificato un preciso ambito di responsabilità per gli infermieri, abbattendo la rigida tabella mansionariale e configurando ad essi, tra non poche resistenze, un contesto assai più complesso e problematico rispetto al passato sia nell'espressione tecnico professionale sia nell'approccio gestionale.

La consapevolezza da parte della Federazione dei Collegi IPASVI delle rinnovate esigenze sotto il profilo cognitivo richieste ai coordinatori infermieristici per la valorizzazione di questa figura nevralgica al servizio dell'utenza ed a garanzia della professione, ha portato all'attivazione a partire dall'anno accademico 2003/2004 dei master universitari di primo livello in management infermieristico per le funzioni di coordinamento, in grado di fornire ai propri iscritti gli strumenti idonei alla copertura di tale ruolo nell'attuale contesto, innalzando la preparazione organizzativa, metodologica e gestionale di queste figure.

Gli infermieri coordinatori così formati possono essere occupati nella attività didattica come docenti o responsabili di tirocinio o ricoprire funzioni gestionali come componenti di un servizio infermieristico, anche se l'aliquota più consistente di questi professionisti viene chiamata a svolgere la propria funzione nel coordinamento dell'attività infermieristica di unità operative socio sanitarie.

Si tratta in quest'ultimo caso di un ruolo interposto tra la dirigenza e il contesto tecnico operativo, un punto di attrito tra istanze spesso divergenti che devono essere conciliate per garantire la continuità e la qualità dell'assistenza, uno snodo cruciale nei flussi comunicativi "top down e bottom up" tra le componenti aziendali.

All'adeguamento formativo del personale infermieristico a cui si è lentamente addivenuti occorre ora far corrispondere una svolta nei criteri di organizzazione delle attività e del management infermieristico che consenta di valorizzare questo potenziale professionale nell'interesse dell'utenza e delle stesse aziende.

Questo processo non deve solo corrispondere ad adeguamenti normativi o contrattuali, comunque imprescindibili, ma deve coinvolgere la coscienza di tutti gli operatori coinvolti, in ambito sanitario, politico ed amministrativo per superare antiche resistenze, insite purtroppo tra gli stessi infermieri, ad un cambiamento ormai reso necessario dal mutamento delle condizioni socio - economiche.

Non avrebbe senso formare onerosamente a livello universitario il personale infermieristico mantenendo nella realtà inalterati i criteri di valutazione qualitativa e quantitativa delle prestazioni erogate da questi operatori sanitari.

Una formazione universitaria di alto livello che metta a disposizione di questi professionisti conoscenze manageriali nel proprio specifico settore, strumenti di progettazione economico finanziaria, di organizzazione dei processi interni di gestione dell'assistenza, di aggiornamento e crescita professionali e di rilevazione del "clima" di soddisfazione tra i clienti interni ed esterni a cui si rivolge la propria attività, non può essere vanificata dall'asservimento alle consuetudini di un sistema organizzativo consolidato ma troppo spesso poco appropriato, efficace ed efficiente.

Alla luce di queste considerazioni appare quantomeno inappropriata la scelta istituzionale di inserire l'infermiere coordinatore nel calcolo del minutaggio di assistenza per la stima del fabbisogno di personale infermieristico con l'attribuzione di una percentuale pari al 90% rispetto all'erogazione diretta di prestazioni assistenziali.

L'infermiere coordinatore dovrebbe essere piuttosto essere normativamente riconosciuto come il responsabile a livello intermedio della adeguata risposta in termini organizzativi al bisogno di assistenza infermieristica espresso dall'utenza, valutato su presupposti epistemologici, scientifici ed operativi che sia in grado di raggiungere l'erogazione di una prestazione appropriata, efficace ed efficiente in termini di economicità aziendale ed al tempo stesso percepita qualitativamente adeguata dall'utenza.

Si richiede una difficile evoluzione culturale ai professionisti del settore sanitario in cui ciascuno si faccia carico delle proprie responsabilità sinergizzando le risorse per migliorare l'efficacia delle proprie prestazioni, per aumentare il grado di soddisfazione dell'utenza e per accrescere in senso ecologico, ovvero globalmente sostenibile, l'impatto di queste attività sull'ambiente.

La titolarità del percorso dell'assistenza infermieristica riconosciuto dalla legge agli infermieri deve essere recepito innanzitutto da questi operatori sanitari come il presupposto non solo della rivendicazione di un'area di specifica competenza ma per l'assunzione delle responsabilità da questo derivanti, in funzione soprattutto dei fondamenti epistemologici che devono essere riconosciuti in primis dagli infermieri stessi.

Domandarsi se l'infermieristica è una scienza appare legittimo in considerazione delle caratteristiche pragmatiche di questa professione nota alla gente comune ma anche agli addetti del settore per l'aspetto assistenziale diretto, pratico, e secondo alcuni di basso profilo.

L'immagine dell'infermiere, identificato come esecutore di ordini e totalmente dipendente dalla figura medica nella concezione mansionariale, o al più concepito come melanconica figura caritatevole votata al disbrigo delle funzioni meno nobili della fisicità umana negli infermi, appare poco improntata a criteri di scientificità.

Ed è proprio la scarsa coscienza della scientificità di tale disciplina non solo nell'opinione pubblica ma particolarmente tra gli infermieri stessi che penalizza l'autostima professionale.

Di fatto, a fronte di un consolidato corpus di teorie infermieristiche capaci di informare, uniformare e ricondurre ad un modello concettuale di riferimento l'agire infermieristico (qualificato nel dualismo del rapporto tra umanità esprimente un bisogno d'assistenza infermieristica ed umanità pronta alla ricerca di una soluzione ad esso), quest'ultimo viene gestito frequentemente quale atto tecnico, esaltandone come elemento qualificante la complessità esecutiva.

La perdita o l'assenza della consapevolezza di un fondamento epistemologico al proprio agire svuota di molti contenuti la prestazione considerata, pure se utile nella contingenza e condotta con dedizione e perizia tecnica, lasciando all'operatore soltanto poche ragioni di soddisfazione come la gratitudine del paziente ed il piacere derivante dall'aver raggiunto un obiettivo nell'interesse dell'assistito.

Considerare l'espressione della scientificità del proprio agire principalmente il frutto di ricerche bibliografiche di carattere tecnico epidemiologico, o della applicazione delle ultime revisioni della letteratura specialistica su alcune procedure (senza in alcun modo voler sminuire l'importanza dell'EBN) esprime l'inacidimento della relazione empatica tra paziente ed infermiere e la corretta collocazione dell'infermieristica tra la scienze umane più che tra quelle naturali.

Recuperare questa dimensione qualificante per la professione e imprescindibile per ricondurre ad un livello scientifico l'agire quotidiano non è impresa facile essendosi ormai scavato un solco profondo tra infermieri clinici e teorici dell'infermieristica.

I primi, schiacciati dalle molteplici pressioni quotidiane e posti in una condizione di scarsa o assente condivisione delle teorie stesse, per partito preso, per una forma mentale poco orientata

alla speculazione filosofica, preferiscono focalizzarsi sugli aspetti naturalistici dell'assistenza trovando in essi il proprio fondamento scientifico e la propria soddisfazione.

I secondi rinchiusi nella propria torre d'avorio a dipanare dilemmi ontologici ormai sempre più distanti dalla realtà umana ed imperfetta a cui tuttavia le proprie teorie si ispirano.

Una sinergia tra la crescita del livello formativo degli infermieri e dei loro coordinatori e dirigenti, ed una dirigenza compiuta in ambito clinico e legislativo potrebbe nei prossimi anni portare all'innalzamento degli standard della professione, non soltanto sotto il profilo tecnico ed organizzativo ma in particolare da un punto di vista epistemologico, valorizzando la pratica clinica con il valore aggiunto derivante da questa consapevolezza a vantaggio della qualità nella risposta ai bisogni di assistenza infermieristica espressi dall'utenza.

Bibliografia

- Auteri E., Busana O., *La gestione del personale*, Ed. Etas (1985)
- Benci L., *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, Ed. McGraw – Hill (1995)
- Calamandrei C., Orlandi C., *La dirigenza infermieristica*, Ed. McGraw – Hill (2002)
- Casati G., “Il governo organizzativo e assistenziale tra opportunità e vincoli”, dagli Atti dell’VIII congresso nazionale del Coordinamento Nazionale Caposala, Bologna ottobre 2004
- Fabris D., “La gestione per processi e i percorsi assistenziali”, dagli Atti dell’VIII congresso nazionale del Coordinamento Nazionale Caposala, Bologna ottobre 2004
- Palese A., Pitacco G., “Essere infermieri oggi, alcuni nodi problematici di una professione che cresce”, *Supplemento de “l’infermiere”*, n° 5 (2004)
- Santullo A., *L’infermiere e le innovazioni in sanità*, Ed. McGraw –Hill (1999)
- Santullo A., Ridolfi L., “Il coordinamento infermieristico e tecnico: dal generale al particolare”, *Management infermieristico*, n° 3 (2003)

Il processo di trasformazione in atto nel sistema sanitario italiano, richiede evoluzioni e modifiche dei ruoli e delle professionalità ai vari livelli organizzativi.

La seguente relazione vuole evidenziare le tappe più significative che hanno portato all'evoluzione della figura infermieristica, con funzione di coordinamento, in un contesto in cui il compito richiesto è quello di "saper agire" con autonomia organizzativa e capacità, nel perseguire le finalità di creare sinergia tra l'economia aziendale e le migliori modalità organizzative, tendenti a rispondere in modo qualitativamente significativo ai bisogni di salute dei cittadini.

EVOLUZIONE DEL RUOLO DEL CAPOSALA/COORDINATORE

Federica Renica

Responsabile Area Infermieristica, Tecnica e della Riabilitazione
Ospedale Sant'Orsola Fatebenefratelli - Brescia

I cambiamenti avvenuti nella sanità italiana hanno interessato anche la professione infermieristica ed i suoi livelli dirigenziali.

In questo contesto si impone una riflessione sul ruolo della professione infermieristica ed, in particolare, sulla sua dirigenza.

L'infermiere coordinatore è una figura che ha importanza fondamentale nell'Azienda, in quanto gestisce tutte le risorse umane, materiali, tecnologiche, strutturali, con lo scopo di raggiungere gli obiettivi definiti.

Il suo ruolo coniuga la matrice tecnico specialistica (infermieristica), con quella gestionale (coordinamento). È un leader, con il difficile compito di sostenere la trasformazione della figura infermieristica attraverso scelte – per così dire – *guidate dall'alto*.

Questo non vuol certo diminuire l'autonomia e l'onerosità del compito assegnato agli infermieri, testimoni in prima persona del cambiamento per la posizione front-line che ogni giorno sostengono. Piuttosto si vuole evidenziare che il miglioramento dell'assistenza atteso dalla professione infermieristica deve avvalersi di un'azione front-line che miri ad una competenza centrata sulla evidenza scientifica e sulla riflessione deontologica, parallelamente ad un'efficace azione di back office, da parte della dirigenza infermieristica, orientata alla gestione della complessità assistenziale con risposte flessibili e dinamiche.

Per comprendere l'evoluzione di questa figura è indispensabile ripercorrere brevemente alcune tappe che hanno regolato la sua evoluzione e definito il suo ruolo nelle organizzazioni sanitarie.

Aree di cambiamento che hanno coinvolto nello specifico:

- La formazione;
- La responsabilità e le attribuzioni;
- L'organizzazione e l'esercizio professionale.

LA FORMAZIONE

R.D.L. 15 agosto 1925, n. 1832 “ Facoltà della istituzione di “ Scuole-convitto professionali”

“ Art. 9 Presso le scuole - convitto può essere istituito un terzo anno di insegnamento per l'abilitazione a funzioni direttive”. Quelle di dette allieve, che dopo aver conseguito il diploma di Stato per l'esercizio della professione di infermiera, abbiano superato con esito favorevole anche gli esami del terzo anno di corso, conseguono uno speciale certificato di abilitazione. Il possesso di tale certificato costituisce titolo di preferenza per l'assunzione di posti direttivi.

R.D. 21 novembre 1929, n. 2330 Approvazione del regolamento per l'esecuzione del R. decreto-legge 15 agosto 1925, n 1832

Regolamento per l'esecuzione del R. decreto-legge 15 agosto 1925, n 1832, convertito nella legge 18 marzo 1926 , n.562. riguardante le scuole convitto professionali....

Titolo V dell'insegnamento – Art 26

- b) contenuti per il diploma di abilitazione a funzioni direttive nell'assistenza infermiera:
- 1° Perfezionamento nelle materie dei primi due anni;
 - 2° tecnica ospedaliera con speciale riguardo alle funzioni di capo-sala;
 - 3° elementi di igiene e di medicina sociale.

I programmi particolareggiati di ciascuna materia obbligatoria d'insegnamento sono proposti dal consiglio degli insegnanti della scuola, e deliberati dal consiglio di amministrazione.

I programmi divengono esecutivi dopo l'approvazione dei ministri dell'interno e dell'educazione nazionale, sentita la speciale Commissione di cui all'art. 4 del R. decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832

DM. 30 settembre 1938 –Programmi d'insegnamento e di esame per le scuole-convitto professionali per infermieri e per le scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici.

Legge 19 Luglio 1940, n. 1098

Si istituiscono le scuole biennali per vigilatrici d'infanzia, con previsione di un terzo anno di corso per AFD dell'assistenza all'infanzia (art. 8).

D.M. (Sanità) 8 febbraio 1972

“Modificazioni al programma del Corso AFD” (n° di ore 920).

Materie di formazione generale (totale 320 ore)

- *Impostazione metodologica del corso*
- *Psicosociologia*
- *Pedagogia*
- *Nozioni giuridiche e medico- legali*
- *Diritto del lavoro e sindacale*
- *Legislazione sanitaria*
- *Sanità pubblica*
- *Nozioni elementari di statistica*
- *Tecniche amministrative e manageriali*
- *Servizio dietologico*
- *Nozioni cliniche e assistenziali*
- *Tecniche ed igiene ospedaliera e extra-ospedaliera*
- *Elementi di medicina preventiva e sociale*
- *Metodologia economica*
- *Etica professionale, tecnica, direttiva e didattica*

Il tirocinio previsto era di 600 ore delle quali 400 per reparti ospedalieri di medicina, chirurgia, pediatria e terapia intensiva compresi gli ambulatori ed il pronto soccorso, e 200 presso ambulatori di enti locali, istituti di ricovero per anziani, uffici di igiene, consultori e condotte mediche.

D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502

“Revisione della disciplina in materia sanitaria a norma dell’art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421”; art. 6, c. 3: *in forza a quest’articolo saranno soppressi entro tre anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto anche i corsi di formazione AFD, includendoli nelle “scuole e corsi disciplinati dal precedente ordinamento”, con previsione del ripristino in ambito universitario.*

D.L. 12 novembre 2001, n. 402

“Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario”; O.D.G. G1 e G2 collegati, seduta n. 81 della Camera del 19 dicembre, approvati dal Senato e dalla Camera: *“impegnano il governo a riesaminare con atti legislativi i problemi afferenti alle funzioni del capo sala, ad istituire il profilo, la formazione manageriale obbligatoria e l’equipollenza del titolo di AFD col nuovo titolo formativo (master in management) organizzato dalle Università ai sensi dell’art. 3, comma 8 del D.M. 3 novembre 1999, n. 509”.*

D.M. 22-10-2004 n. 270

Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con D.M. 3 novembre 1999, n. 509 del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica. Le università rilasciano i seguenti titoli: a) laurea (L); b) laurea magistrale (L.M.). Le università rilasciano altresì il diploma di specializzazione (DS) e il dottorato di ricerca (DR).

Il corso di specializzazione ha l'obiettivo di fornire allo studente conoscenze e abilità per funzioni richieste nell'esercizio di particolari attività professionali e può essere istituito esclusivamente in applicazione di specifiche norme di legge o di direttive dell'Unione europea.

Per conseguire il master universitario lo studente deve aver acquisito almeno sessanta crediti oltre a quelli acquisiti per conseguire la laurea o la laurea magistrale.

Il Decreto Murst n. 136/2001, attiva, per l'area infermieristica, le lauree di primo e secondo livello e profila nuovi spazi per la formazione dell'infermiere coordinatore, nei master in management previsti dopo la laurea di primo livello). Il Master di I livello in Management infermieristico per le funzioni di coordinamento ha lo scopo di trasferire l'acquisizione di competenze specifiche nell'area gestionale-organizzativa di primo livello finalizzate alla formazione dell'Infermiere con funzioni di coordinamento. Il Master ha la durata di 18 mesi per complessive 1500 ore corrispondenti a 60 crediti formativi universitari (CFU) comprensivi di attività didattica formale, attività di studio guidato e insegnamento apprendimento clinico/tirocinio.

RESPONSABILITA' E ATRIBUZIONI

Il caposala è la prima figura infermieristica con contenuto dirigenziale.

R.D. (T.U.L.S.) 27 luglio 1934, n. 1265

Art. 134: la direzione delle scuole convitto deve essere affidata ad un'infermiera in possesso del certificato AFD e che abbia tenuto con lode, per almeno un biennio, funzioni direttive dell'assistenza infermieristica in un reparto ospitaliero italiano.

L'insegnamento teorico-pratico deve essere impartito da medici competenti, dalla direttrice e dalle caposala.

Art.137: Il certificato di abilitazione a funzioni direttive, è necessario per la nomina a Caposala ed è titolo di preferenza per l'assunzione in pubblici impieghi

Il DPR 27 marzo 1969, n 128 “ Ordinamento interno dei servizi ospedalieri” delinea le attribuzioni storiche del caposala, di cui alcune, oggi, non sembrano più necessarie, mentre altre sono estremamente attuali. Si cita testualmente: “ il caposala è alle dirette dipendenze del primario e dei sanitari addetti alla divisione, sezione o servizio:

- controlla e dirige il servizio degli infermieri e del personale sanitario;
- controlla il prelevamento e la distribuzione dei medicinali, del materiale di medicazione e di tutti gli altri materiali in dotazione;
- controlla qualità e quantità delle razioni alimentari dei ricoverati e ne organizza la distribuzione;
- è responsabile della tenuta dell'archivio.

D.P.R. 27 marzo 1969, n. 130

“Ordinamento del personale degli enti ospedalieri”; art. 120: il caposala può essere un IP che non ha il titolo di AFD ma adeguata anzianità (...); comma 2°: gli IP specializzati dipendono direttamente dai sanitari (...).

Il DPR 14 marzo 1974 n. 225 “ Mansionario dell'Infermiere Professionale” attribuisce agli infermieri compiti organizzativi e amministrativi e quindi mette parzialmente in discussione la necessità di una figura specifica di coordinamento.

Contratto 1979

Allegato 1: i dipendenti inquadrati al 6° livello (il caposala era tra questi fino al 1987) hanno “...compiti d'indirizzo, guida, coordinamento e controllo nelle unità operative...”.

D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761 Stato giuridico del personale del SSN”; allegato 1: inquadramento del caposala nella tabella I – Personale infermieristico come operatore professionale coordinatore 1^a ctg.

La subalternità del caposala rispetto al primario e agli altri sanitari medici è stata eliminata dall'art. 63, che ha abolito i poteri gerarchici del primario, riservandogli compiti di programmazione e direzione intesa nel senso di istruzione, direttive e verifica dei risultati rispetto ai piani di lavoro.

D.M. 30 gennaio 1982 (modificato il 3 dicembre 1982) "Regolamento recante la disciplina concorsuale". Per la posizione di operatore professionale coordinatore si richiede il certificato AFD e almeno due anni di anzianità come IP.

Il DPR 7 settembre 1984 n. 821

stabilisce che l'operatore professionale coordinatore svolge attività di assistenza diretta attinente la sua competenza professionale (viene enfatizzata in questo modo la sua matrice infermieristica); coordina l'attività del personale infermieristico e ausiliario; predispone piani di lavoro, nell'ambito delle direttive impartite dal responsabile dell'unità operativa, nel rispetto dell'autonomia operativa del personale e delle esigenze del lavoro di gruppo; svolge attività di didattica e attività finalizzata alla sua formazione; è responsabile dei propri compiti limitatamente alle prestazioni e funzioni disposte dalla normativa vigente.

Attribuzioni storiche del caposala.

Con il D.Lvo 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni D.Lvo 517 del 07 dicembre 1993 "Modificazioni al D.Lvo n 502/92", "Revisione della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421

Cessavano di avere efficacia le disposizioni del DPR 128/69.

Il D.P.R. 28 novembre 1994, n. 384 istituisce la figura dell'operatore tecnico addetto all'assistenza e l'infermiere coordinatore diventa responsabile delle attività di tale figura.

Con il D.lgs. 19 settembre 1994, n. 626 "sicurezza nei luoghi di lavoro" assume la nuova funzione di "preposto – caposala", con competenze relative alla rilevazione e controllo dei rischi professionali dei lavoratori, all'effettuazione di interventi informativi, formativi e alla predisposizione dei dispositivi di protezione individuali necessari agli operatori.

Il D.P.C.M. 19 maggio 1995 "Carta dei servizi sanitari pubblici" attribuisce all'infermiere coordinatore, in modo diretto e indiretto, compiti di controllo sulla qualità dell'assistenza in relazione all'accoglienza, al comfort (pulizia ambientale, cambi biancheria, orari, modalità dei pasti), all'adeguatezza dell'assistenza ai malati terminali, alla personalizzazione dell'assistenza, alla riservatezza e privacy, all'orientamento del cittadino e al rispetto della morte.

D.P.R. 27 marzo 2001, n. 220

"Regolamento recante la nuova disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del SSN"; art.56: (...) è abrogato il D.M. 30 Gennaio 1982, recante normativa concorsuale *del caposala*; art. 39: *cancellazione del titolo di AFD per accedere alle funzioni di caposala e sostituzione con un'anzianità di servizio triennale per l'accesso al ruolo (biennale se in possesso del titolo AFD), ed una formazione "opzionale" aziendale.*

Proposta di Legge n. 6229

"Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"

approvata dal Senato in data 14 dicembre 2005 e trasmessa alla Camera per il seguito dell'esame

Proposta di legge n. 6229

Art.6 (istituzione della funzione di coordinamento) 1) In conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari per il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie

4) L'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

- a) Professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza
- b) Esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza
- 5) Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa è valido per l'esercizio della funzione di coordinamento.
- 6) Il coordinamento viene affidato nel rispetto dei profili professionali, in correlazione agli ambiti ed alle specifiche aree assistenziali, dipartimentali e territoriali
- 7) Le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie nell'istituire funzioni di coordinamento, affidano il coordinamento allo specifico profilo professionale

ORGANIZZAZIONE ED ESERCIZIO PROFESSIONALE

La revisione di norme e competenze inerenti la figura del caposala/coordinatore ha fatto calare la nebbia, creando una terra di nessuno, ore regna la confusione.

Per quanto riguarda le Aziende Sanitarie in questi ultimi anni si sono adeguate alle normative, modificando completamente i loro modelli organizzativi e gestionali, allo scopo di ridurre i costi e ottimizzare le risorse disponibili.

In particolare gli infermieri coordinatori, principali gestori delle risorse (tecnologiche, strutturali e umane), sono stati travolti da questi cambiamenti senza avere le competenze e gli strumenti necessari per poterli gestire. Ci siamo abituati a navigare a vista. L'incertezza, l'imprevedibilità, la competizione sono diventate delle costanti anche per questo settore.

Questo ha portato, in carenza di una programmazione a monte, ad un modo di lavorare in costante emergenza, che è diventata routine.

L'attuale figura dei coordinatori infermieristici risulta priva di una formazione "ad hoc" essendo terminati i corsi di abilitazione alle funzioni direttive da circa un decennio.

Parlare di competenze, in questo contesto, sembra avveniristico, e forse un po' utopistico, ma forse può servire da stimolo a riflettere e meditare sulla necessità di cambiare, di iniziare a considerare e valorizzare le persone (con le loro competenze), in quanto solo loro possono rendere possibile l'evoluzione e la sopravvivenza dell'organizzazione.

Il quadro normativo, rimane un riferimento utile ma non sufficiente per delineare le funzioni svolte dall'infermiere coordinatore, in quanto sarebbe indispensabile contestualizzarlo nella realtà operativa. Per questo è necessario prevedere dei percorsi formativi finalizzati allo sviluppo di competenze professionali specifiche.

Il Decreto Murst n. 136/2001, attiva, per l'area infermieristica, le lauree di primo e secondo livello e profila nuovi spazi per la formazione dell'infermiere coordinatore, nei master in management (previsti dopo la laurea di primo livello).

La Federazione nel 2001 ha elaborato un documento, contenente le linee guida per il master di primo livello in management infermieristico per le funzioni di coordinamento.

Tale documento propone una struttura metodologica per la progettazione di un curriculum per le funzioni di coordinamento, orientato dai problemi prioritari di qualità dei servizi.

La premessa è che il sistema educativo, considerato uno dei principali sistemi di sostegno del "servizio" e della politica sanitaria, si debba orientare verso problemi prioritari di salute e quelli della qualità dei servizi sanitari.

Esempi di problemi di qualità dei servizi possono essere: difficoltà di integrazione fra servizi, difficoltà di comunicazione e integrazione tra i membri dell'équipe, lunghi tempi di attesa per le prestazioni sanitarie, demotivazione del personale, difficoltà nella determinazione rapporti costi/benefici.

Nel documento viene definito chi è il caposala: "l'infermiere con funzioni di coordinamento è un professionista che ha conseguito il master in management infermieristico per le funzioni di coordinamento ed ha acquisito competenze specifiche nell'area organizzativa e gestionale di primo livello, allo scopo di attuare politiche di programmazione sanitaria, interventi volti al miglioramento continuo della qualità in riferimento alle risorse strutturali, tecnologiche ed umane dell'ambito del servizio coordinato per garantire gli obiettivi del sistema organizzativo sanitario.

In particolare, in riferimento alla strutturazione del master viene evidenziato che lo stesso è finalizzato allo sviluppo di cinque competenze:

- gestire persona e relazioni;

- gestire budget;
- gestire informazioni e comunicazione;
- gestire processi, progetti e valutazioni;
- gestire la ricerca.

È ovvio che una formazione, così programmata, fornirà ai partecipanti competenze professionali specifiche spendibili nel contesto organizzativo di assegnazione.

Inoltre, competenze professionali specifiche, rendono l'infermiere coordinatore capace di affrontare qualsiasi situazione, perché in grado di analizzarla (raccolgendo tutte le informazioni necessarie), di affrontarla (perché prende decisioni in modo ponderato e con rapidità, sceglie le azioni più efficaci e instaura una relazione positiva con i collaboratori) e valutarla (in tutte le sue fasi di sviluppo e nei risultati raggiunti).

Sviluppare queste competenze è indispensabile sia per l'organizzazione (per raggiungere i suoi fini) sia per l'infermiere coordinatore, che, sentendosi considerato competente, si sente anche soddisfatto e conseguentemente motivato.

Il coordinatore infermieristico diviene realmente elemento strategico fondamentale, solo se riesce a delineare una organizzazione, vissuta dai professionisti come strumento che favorisce l'esercizio delle competenze assistenziali, trasformandole in servizio per i cittadini.

La capacità di motivare e di valutare i collaboratori in associazione alla capacità di ascolto attivo, la responsabilizzazione sui risultati, la mentalità negoziale sono competenze da sviluppare per acquisire quella capacità di lettura e soluzione di problemi complessi.

Tutto ciò in una logica di continuo sviluppo e trasformazione personale e professionale che converge nell'obiettivo comune di poter **governare**, ai vari livelli della dirigenza infermieristica, **il processo assistenziale**.

Per concludere la mia relazione sul ruolo del Caposala/Coordinatore pongo una domanda: quali e quanti dirigenti servono per governare il processo assistenziale?

BIBLIOGRAFIA

Stefano Biagi, Bruno Cavaliere, Clara Moretto , “ Funzioni e attività del coordinatore infermieristico di dipartimento fra letteratura e normativa: un'indagine nella realtà italiana” Management Infermieristico, n 2 Lauri Edizioni, Milano 2004;

Tiziana Gandini “ Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità” , Franco Angeli editore, Milano 2005;

Laura D'Addio “ Il nuovo Codice Deontologico dell'infermiere: implicazioni per coordinatori e dirigenti infermieristici” Management Infermieristico, n. 3 Lauri Edizioni, Milano 1999;

Comitato Centrale Federazione Nazionale Collegi IPASVI, “Linee guida per il master di primo livello, Roma, 2001”.

Luca Benci, “Il ruolo e le attribuzioni della dirigenza delle professioni sanitarie non mediche dopo l'accordo del CCNL integrativo della dirigenza sanitaria, tecnica e amministrativa “ n. 3 Lauri Edizioni Milano 2002.

**IL GOVERNO CLINICO - ASSISTENZIALE:
esperienza in Fondazione IRCCS Milano**
I.I.D. Carmen Bertocchi, Dirigente SITRA Fondazione

Premessa.

La collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale, la responsabilizzazione e partecipazione dei cittadini e degli operatori sono i principi fondamentali che qualificano "il governo della pratica clinica" nelle aziende sanitarie da cui derivano tre principali implicazioni:

- a) i risultati dell'assistenza sanitaria costituiscono non l'effetto delle competenze e delle capacità tecniche del singolo ma il risultato finale dell'attività di un team di operatori e dei servizi, adeguatamente supportate da un contesto organizzativo, funzionale al raggiungimento degli obiettivi clinici dei servizi;(…)
- b) l'esplicita responsabilizzazione degli operatori comprende la disponibilità a sviluppare forme di controllo e monitoraggio delle prestazioni secondo criteri di valutazione professionalmente condivisi, condizione per imparare dalla propria esperienza e da quella altrui. L'impegno ad imparare dalla propria esperienza comporta un esercizio continuo di verifica degli "errori" e delle condizioni associate (Kohn 1999, Reason 2000) (...)
- c) la partecipazione degli utilizzatori dei servizi a questo processo soddisfa il diritto del paziente ad un ruolo attivo nella scelta delle forme di trattamento e rappresenta una delle condizioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi clinico-assistenziali.
Tratto da: "E' possibile un governo delle aziende sanitarie?", F.Taroni, R.Grilli)(…)

Nel 2005 si è costituita la Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena che ha riunito due realtà ospedaliere (Ospedale Maggiore Policlinico e Mangiagalli/Commenda Regina Elena).

Missione e finalità, alcuni aspetti :

- Svolgere nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge e degli indirizzi impartiti dalle competenti autorità e negli ambiti disciplinari individuati in conformità alla programmazione nazionale e regionale, l'attività di assistenza sanitaria e di ricerca biomedica e sanitaria, di tipo clinico e traslazionale, al fine di costituire un centro di riferimento nazionale;
- Elaborare ed attuare, direttamente o in rapporto con altri enti, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria, con riferimento agli ambiti istituzionali delle attività di ricerca e assistenza e per il miglioramento e lo sviluppo delle stesse;
- Fornire, mediante rapporti convenzionali o con altre opportune modalità, il supporto alle istituzioni di istruzione e formazione pre e post laurea;
- Sperimentare e monitorare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario e della ricerca biomedica;

All'interno della Fondazione è stato istituito il Servizio Tecnico Riabilitativo Aziendale (SITRA), con Dirigente infermieristico, a cui afferiscono: personale infermieristico e ostetrico, , personale tecnico di radiologia medica e di laboratorio, fisioterapisti, logopedisti, ortottisti, operatori di supporto. Attualmente la struttura organizzativa del SITRA è in via di definizione.

Il processo primario del SITRA consiste nell'erogazione di assistenza infermieristica-ostetrica e tecnico-sanitaria agli utenti. Tale macro processo primario può essere meglio specificato in riferimento a:

- a) Gestione della documentazione clinico – assistenziale esempio: (cartella infermieristica, scheda di valutazione iniziale, pianificazione e verifica del processo assistenziale)
- b) Gestione delle attività clinico – assistenziali (esempio: somministrazione della terapia, gestione lesioni da pressione, gestione catetere vescicale) e gestioni relative alle attività di supporto esempio: (esecuzione del lavaggio delle mani)

Il punto fermo intorno a cui si è costruito questo lavoro è rappresentato dalla consapevolezza che uno strumento per la documentazione dell'assistenza infermieristica deve porsi come finalità primaria quella di riuscire ad esprimere il profilo assistenziale della persona assistita, in modo tale da poter facilitare l'infermiere nel fornire alla persona un'assistenza infermieristica personalizzata e qualitativamente efficace.

Dall'analisi della letteratura, infermieristica e non, emerge che i criteri che devono caratterizzare uno strumento per la documentazione dell'assistenza infermieristica sono sostanzialmente di due tipologie: criteri di scientificità e criteri disciplinari, riuscire a coniugarli nella prassi, attraverso l'utilizzo della cartella infermieristica, consente all'infermiere di esprimere il profilo assistenziale della persona assistita.

Non è di importanza secondaria, sottolineare che la cartella infermieristica in uso, risponde agli standard del modello di Accreditamento all'eccellenza Joint Commission International ed ai requisiti della normativa UNI EN ISO 9001:2000, e la sua validità è stata riconosciuta durante le verifiche di qualità effettuate dagli stessi Organismi di Certificazione.

La realtà assistenziale ed organizzativa della Fondazione richiede ai Coordinatori competenze gestionali e una vivace capacità di gestione del patrimonio professionale.

Le attività in cui sono coinvolti, per ottenere un'efficace governo clinico riguardano fra l'altro:

- La partecipazione a corsi di formazione specifici sul rischio clinico e la prevenzione degli errori con contestuale istituzione di un Nucleo di Gestione del Rischio (NGR) che si pone come obiettivo la promozione di un sistema di coordinamento funzionale tra gli organismi interni, ognuno con le proprie identità e relative responsabilità, nell'intento di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure prestate.
- Attivazione di un corso specifico per coordinatori, sia per favorire il processo di integrazione dipartimentale attraverso l'interazione tra pratica clinica e ricerca scientifica che, per il potenziamento delle competenze gestionali amministrative ed economiche.
- Il miglioramento dell'accoglienza e della gestione del paziente che accede al Pronto Soccorso, in particolare con l'obiettivo della riduzione del tempo di attesa, rispetto ai codici bianchi e verdi identificati nel Triage infermieristico.

Significativo è il numero di Coordinatori presenti nella Fondazione:

- Area infermieristica: 102
- Area tecnica: 34.

Nella Fondazione sono stati costituiti 7 Dipartimenti Sanitari gestionali:

1. dell'area della medicina e specialità mediche;
2. dell'area della chirurgia, specialità chirurgiche e dei trapianti;
3. dell'area salute della donna, del bambino e del neonato;
4. dell'area dei servizi diagnostici;
5. dell'area della medicina rigenerativa;
6. dell'area della medicina preventiva
7. dell'area dell'anestesia e rianimazione e terapia del dolore

e un dipartimento tecnico-organizzativo dell'area dell'emergenza-urgenza; tale dipartimento è rivolto al costante miglioramento dell'efficacia degli interventi e dell'organizzazione che ruota attorno al paziente in situazione di reale o presunta maggiore criticità con azioni coordinate, tempestive e razionali.

Sono stati individuati e nominati i Referenti Infermieristici di Area (R.I.A.) e dal punto di vista contrattuale è stata attribuita loro l'Indennità di posizione organizzativa, questo per riconoscere le funzioni ritenute più significative in termini di risultato e per valorizzarne l'apporto professionale.

Ritengo fondamentale l'individuazione di operatori abili, motivati, capaci di focalizzarsi su ciò che può realmente incontrare e superare le aspettative dei pazienti.

Insieme si vuole realizzare:

- una nuova cultura dell'organizzazione, aperta e partecipativa capace di dimostrare un impegno alla qualità, condiviso dal personale e dai managers e supportata da risorse ben identificate sia finanziarie che umane
- un buon uso dell'informazione per pianificare e valutare i processi assistenziali
- uso di metodologie per il coinvolgimento (patient panels, focus group)
- utilizzo di esempi di buona pratica clinico – assistenziale, già sperimentati da altri .

Va da se la necessità di un cambiamento della visione che da particolare deve diventare generale, la sfida è, avendo le norme e la filosofia, saper utilizzare le persone che siano capaci di fare cambiamento.

Il governo clinico-assistenziale.
L'esperienza dell'A.O."Ospedale Niguarda Ca' Granda"
di Giovanna Bollini

Florence Nightingale indicava, con una consapevolezza sconcertante per l'epoca, la necessità di garantire che i pazienti non soffrissero per le conseguenze dell'assistenza prestata, in aggiunta a quelle dovute alla loro malattia.

Il pensiero di Nightingale anticipa il problema, oggi particolarmente discusso, e cioè come garantire la sicurezza dei pazienti all'interno di contesti potenzialmente "pericolosi" quali possono essere gli ambiti assistenziali.

Nonostante i cento e più anni che ci separano, intuiamo che dietro a questa affermazione, vi è molto di più.

In particolare – e per questo motivo è stata utilizzata come punto di partenza per queste riflessioni – evoca tematiche di portata più generale che riguardano il problema del governo dei processi assistenziali e, in definitiva, dei comportamenti professionali.

Il problema del governo dei processi assistenziali, il garantire cioè che questi siano indirizzati alla erogazione di un'assistenza di buona qualità, non è stato purtroppo risolto certamente dal progresso scientifico e tecnologico che pure, soprattutto negli ultimi decenni, ha visto progredire in modo sostanziale le nostre conoscenze sulla salute, sulle cause di molte patologie rilevanti e le nostre capacità di curare ed assistere le persone. Anzi, per molti aspetti, lo stesso progresso tecnologico ha reso ancora più complesso il governare una realtà assistenziale che ai tempi di Nightingale era necessariamente semplice in ragione della estrema limitatezza delle risorse tecniche di una pratica in larga misura "artigianale".

Governo significa appunto questo, in definitiva, una coerente capacità di monitoraggio (conoscenza) dei fenomeni e conseguentemente il loro indirizzo verso una migliore qualità dell'assistenza.

La "*clinical governance*" viene definita come "il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica" (liberamente tradotto da A First Class Service, Department of Health, 1998).

Si propone quindi di confutare l'idea largamente diffusa che il governo clinico-assistenziale sia essenzialmente rappresentato dalla messa in atto di una serie di tecniche e strumenti finalizzati ad affrontare specifici aspetti della qualità assistenziale.

I suoi obiettivi si collocano sicuramente nell'ambito della tematica generale della qualità dell'assistenza puntando però l'attenzione :

- alla capacità di erogare interventi efficaci, in modo appropriato sotto il profilo clinico ed organizzativo,
- al come governare, in un contesto assistenziale di crescente complessità, lo sviluppo e l'utilizzo nella pratica di tecnologie sanitarie di sempre maggiore sofisticazione.

In questa prospettiva la qualità dell'assistenza dipende dalle risorse investite, dalla competenza dei singoli professionisti, ma soprattutto è il risultato di specifiche scelte di politica sanitaria che sappiano intervenire :

- sugli assetti organizzativi dei servizi in modo da creare le condizioni per una effettiva multidisciplinarietà ed integrazione,
- sui meccanismi di trasferimento delle conoscenze scientifiche nella pratica,
- sui percorsi valutativi che consentono di discriminare le vere dalle false innovazioni.

Il governo dei comportamenti professionali in sanità ha conosciuto lo sviluppo di vari orientamenti:

- modalità di verifica e miglioramento della qualità derivate dal settore industriale (*total quality management* ed al *continuous quality improvement*),
- metodologie e strumenti maturati inizialmente nell'ambito della comunità medico-scientifica (*quality assurance*, movimento della *evidence-based*).

Al momento, nessuno di questi approcci ha mostrato di poter essere, da solo, "la risposta" al problema del miglioramento della qualità dell'assistenza. Lasciano in buona parte irrisolta **la questione di fondo che rappresenta il cuore del problema che il governo clinico ha l'ambizione di affrontare CON IL SINGOLO PROFESSIONISTA E CON IL SISTEMA : intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza e fare in modo che i sistemi assistenziali, nel loro insieme, siano orientati verso questo obiettivo.**

Metodologie e strumenti come l'*audit* clinico, le linee-guida, le carte di controllo, le tecniche di sorveglianza e monitoraggio del rischio clinico fanno parte della dotazione strumentale del governo clinico-assistenziale.

In questo contesto il ruolo del coordinatore è quello di promuovere formazione e attività affinché i servizi **siano in grado di utilizzarli, di integrarli nei propri meccanismi organizzativi e gestionali.**

Si tratta di predisporre un sistema sanitario in grado di acquisire, in modo tempestivo, informazioni dettagliate sui processi assistenziali erogati e sui risultati ottenuti ed in cui siano attivate linee di responsabilità sufficientemente chiare da garantire che tali informazioni siano poi effettivamente utilizzate per orientare in modo conseguente le scelte assistenziali ed organizzative.

In questo senso si tratta di operare congiuntamente sul versante organizzativo e su quello culturale, due piani che il coordinatore deve costantemente tenere presente.

Per realizzare, in particolare, il cambiamento culturale, il governo clinico-assistenziale ha la necessità di consolidare principi e valori che lo legittimino e gli conferiscano credibilità e, sul piano organizzativo, quella della loro traduzione operativa.

Vediamo nel dettaglio questi due aspetti (principi e attività/strumenti).

PRINCIPI GENERALI

Sviluppo professionale

Condivisione multidisciplinare

Prove di efficacia

Imparare dall'esperienza

Responsabilizzazione

ATTIVITÀ/STRUMENTI

Formazione orientata ad incentivare la conduzione delle attività che seguono

Linee guida e loro traduzione in percorsi condivisi

Coordinamento ed integrazione tra servizi

Accesso ad informazioni scientifiche sulla efficacia degli interventi sanitari

Audit clinico, Carte di controllo, Gestione del rischio

Documentazione della qualità delle prestazioni

e dei servizi erogati attraverso criteri di valutazione, indicatori e standard di riferimento appropriati

Processo partecipativo

Consapevolezza dell'utente
Operare delle scelte

Da Grilli R., Taroni F. (2004). *Governo clinico*. Il Pensiero Scientifico, Milano. p.14.

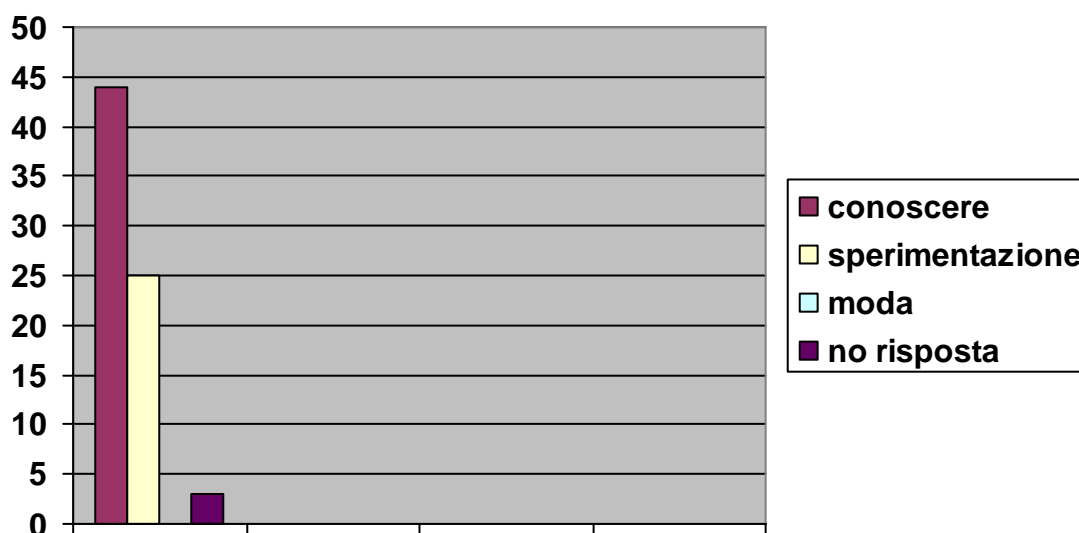
Per integrare questi aspetti con alcuni dati esperienziali, nell'ambito dell'A.O. "Ospedale Niguarda Ca' Granda", è stato somministrato un questionario ai coordinatori che segue questa impostazione con l'obiettivo di conoscere le loro competenze e le loro valutazioni sul governo clinico-assistenziale (totale questionari elaborati : n.66)

Vediamo le domande formulate e le risposte raccolte:

A. Lo **sviluppo professionale** deve essere orientato ad incentivare la realizzazione e la conduzione delle attività che saranno qui di seguito dettagliate.

Domanda n.1 – Come affrontare il governo clinico-assistenziale?

- a. frequentare corsi per conoscerlo più approfonditamente
- b. valutare con sperimentazioni specifiche la validità di quanto proposto
- c. è un'altra moda che non cambierà la realtà operativa.



Nessun coordinatore considera l'argomento una moda influente, ma una tematica da approfondire e sperimentare nei suoi aspetti operativi.

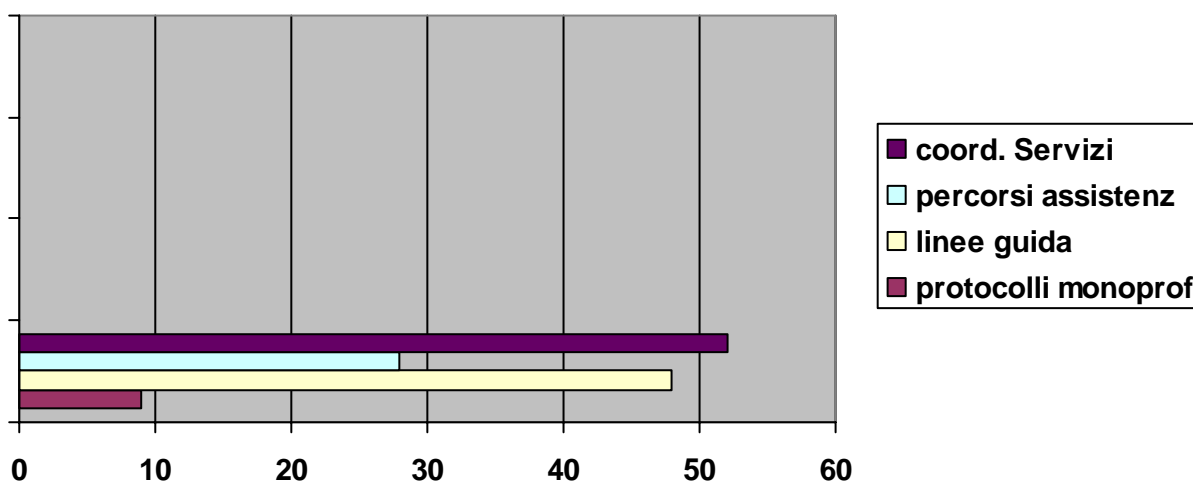
B. Il governo clinico-assistenziale richiede una visione di sistema, con attenzione al percorso assistenziale del paziente, piuttosto che ai singoli momenti che lo compongono.

Un principio risulta quindi essere la **condivisione multidisciplinare** perché governare la pratica clinica-assistenziale significa porre l'accento sul fatto che il risultato degli interventi e dei servizi sanitari è in larga misura l'esito non tanto della abilità e capacità tecnica del singolo operatore, quanto piuttosto della buona operatività dei team di operatori dei servizi.

È in questa dimensione multidisciplinare che l'uso delle linee-guida trova, in un contesto di governo clinico-assistenziale, l'opportunità di favorire l'adozione di percorsi condivisi che rappresentino la contestualizzazione locale dei comportamenti raccomandati.

Domanda n.2 a - Condivisione multidisciplinare

- protocolli monoprofessionali
- linee guida
- percorsi assistenziali
- coordinamento tra i servizi



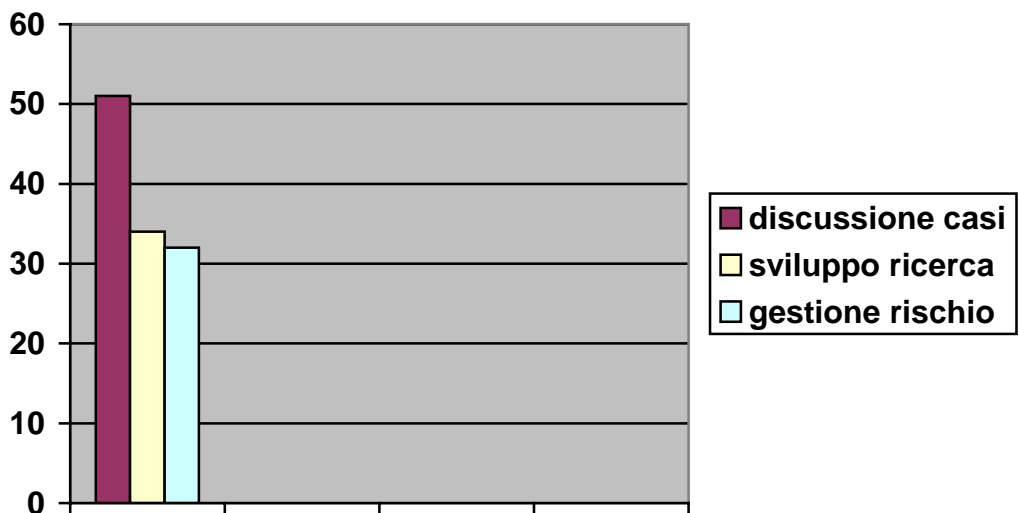
Correttamente individuati il coordinamento tra i servizi, i percorsi assistenziali e le linee guida. I protocolli monoprofessionali, inseriti come “distrattori”, hanno giustamente riscosso poche simpatie.

C. L'adozione del principio **“imparare dall'esperienza”** rappresenta l'aspetto operativo della adozione di questo tipo di cultura a livello di organizzazione, nella misura in cui implica innanzitutto un esercizio sistematico di analisi dei processi/esiti assistenziali.

Questo implica anche l'adozione di meccanismi e strumenti di identificazione ed analisi degli errori e delle loro cause, attraverso una politica di “sorveglianza” – condotta con un approccio non punitivo o colpevolizzante – sull'insieme delle condizioni dell'ambiente clinico-assistenziale, per identificare quei fattori che inducono a commettere sbagli altrimenti evitabili, ascrivibili nella gran parte dei casi non a difetti dei singoli, ma al modo in cui il lavoro è organizzato.

Domanda n.2 b – Imparare dall’esperienza

- discussione dei casi
- sviluppare la ricerca
- gestione del rischio

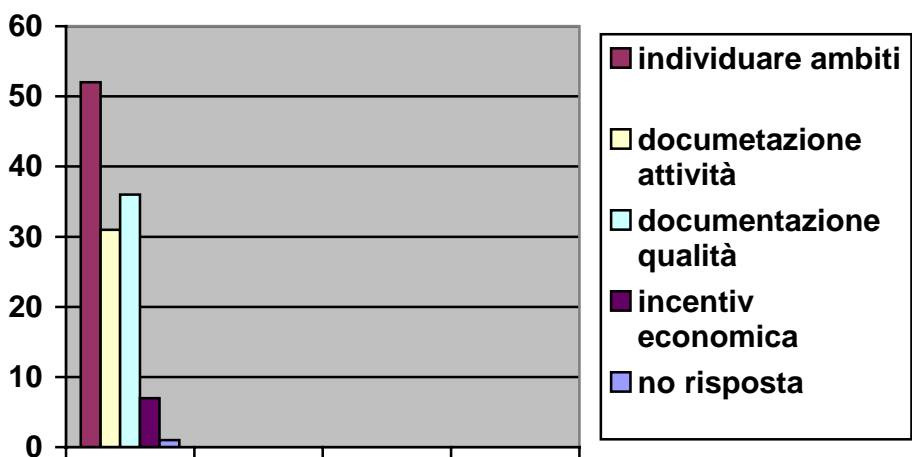


Nessuna incertezza: le scelte indicano correttamente le modalità operative più efficaci per imparare dall’esperienza con una discreta preferenza per la “discussione dei casi”.

D. Il governo della pratica clinica implica inoltre una esplicita **responsabilizzazione** degli operatori, intesa come l’assumere il perseguimento di una buona qualità dell’assistenza non come generico compito professionale del singolo operatore, ma come impegno del team di operatori nel loro insieme. La diretta conseguenza è la necessità e la disponibilità a sottoporsi a forme di controllo e monitoraggio delle proprie prestazioni, secondo criteri di valutazione professionalmente condivisi.

Domanda n.2 c – Responsabilizzazione

- identificare gli ambiti di responsabilità
- documentazione dell’attività svolta
- documentazione della qualità dell’attività svolta
- incentivazione economica

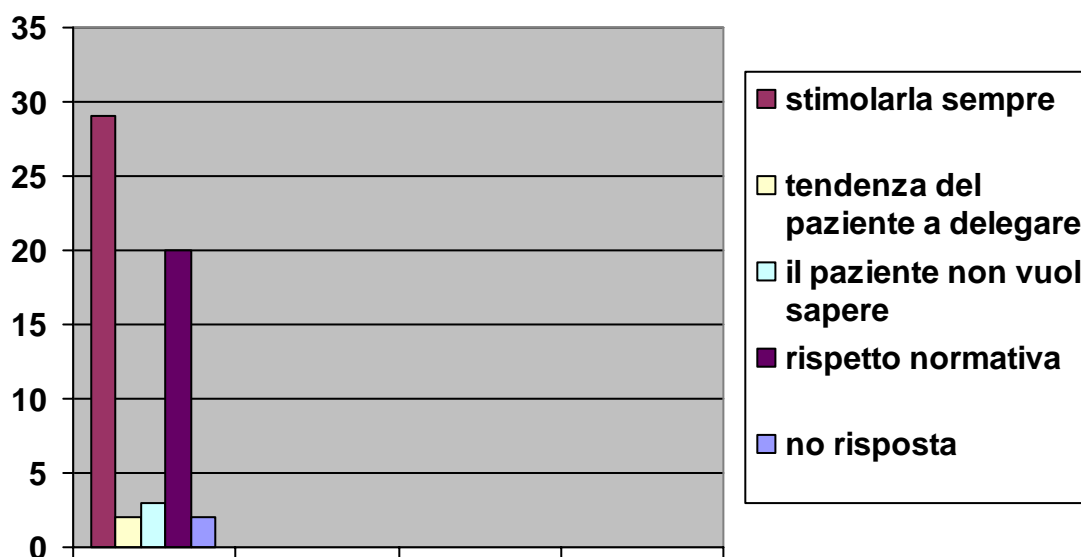


Sono stati giustamente indicati gli aspetti legati alla documentazione dell'attività e della qualità. Documentare la qualità, in particolare, consente di dare feedback costruttivi. Fa riflettere l'indicazione sull'identificazione degli ambiti di responsabilità come se costituisse ancora una necessità, una fase preliminare da specificare. Alla responsabilizzazione un numero molto ridotto di coordinatori correla l'incentivo economico, elemento inserito come "distrattore".

E. Infine il governo della pratica clinica dovrebbe essere un **processo partecipativo** in cui la partecipazione degli utenti all'attività dei servizi corrisponde non solo a un generico diritto del paziente a un ruolo attivo, ma a una delle condizioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali desiderati. Partecipazione dell'utenza significa, in concreto, avviare una politica di comunicazione e informazione con il pubblico, affinché migliori la consapevolezza rispetto a quanto può ragionevolmente attendersi dagli interventi sanitari disponibili e dalla tipologia di offerta dei servizi.

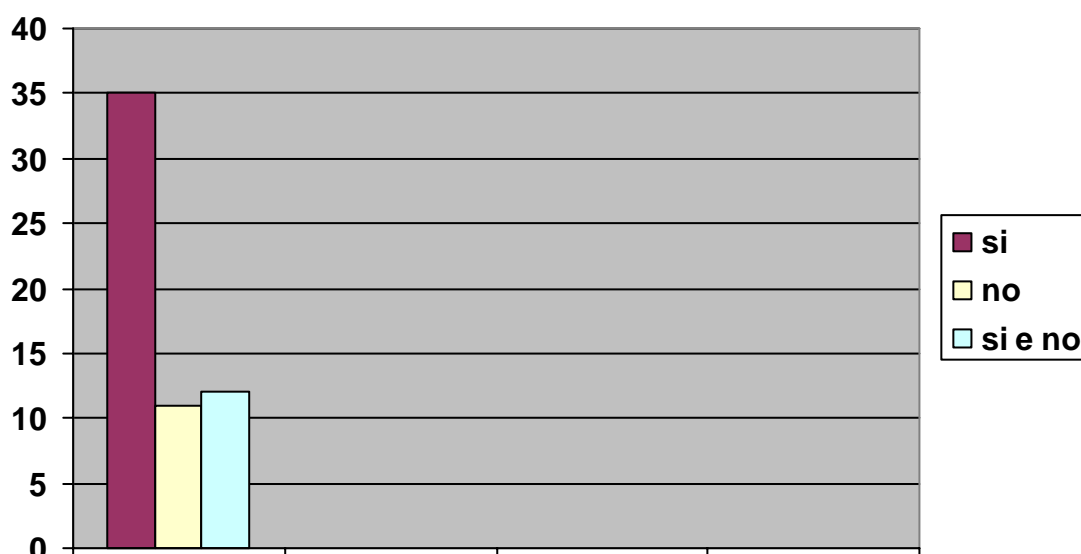
Domanda n.2 d – Partecipazione dell'utente

- stimolarla in ogni occasione
- l'utente tende a delegare le decisioni sulla sua salute
- l'utente non sempre vuol conoscere la verità
- rispettare quanto prevede la normativa



I coordinatori dimostrano la loro sensibilità e convinzione verso questa dimensione, unitamente alla conoscenza della normativa di interesse.

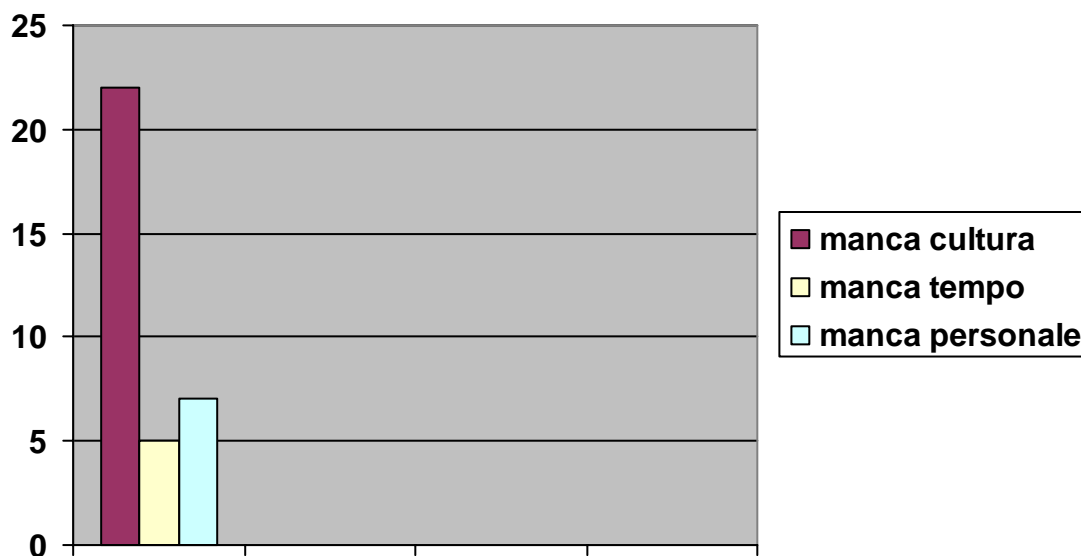
Domanda n.3 – Possibilità di realizzazione l'approccio al governo clinico-assistenziale



Decisa la scelta positiva della maggior parte dei coordinatori.

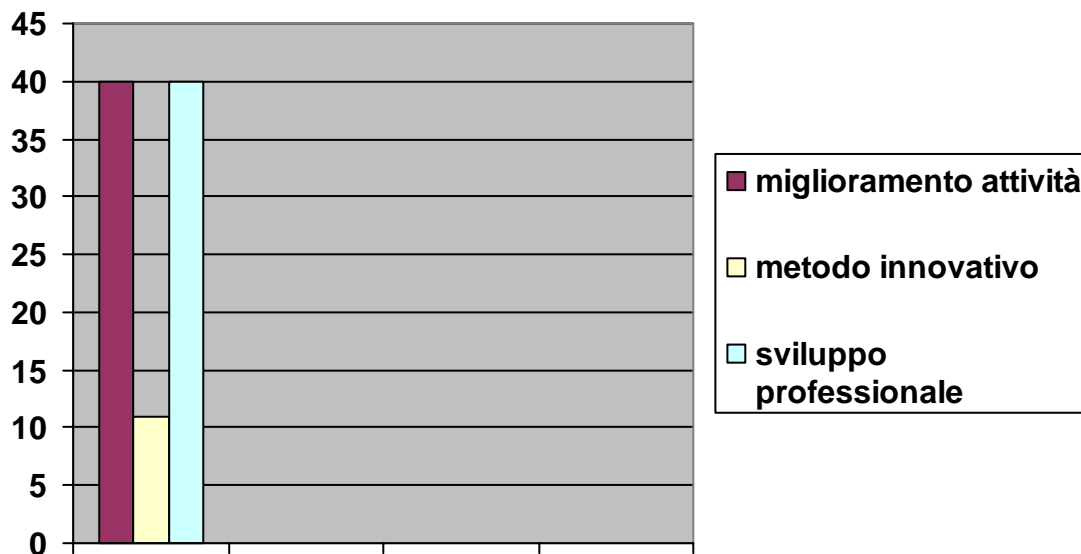
Comprensibili anche le scelte di entrambe le risposte: NO perché vi sono mancanze che preoccupano (vedi *slide* successive) e SI perché si lascia aperta una possibilità, visti gli obiettivi che si prefigge.

Dettaglio sulle risposte negative



I coordinatori che dimostrano un atteggiamento più pessimista centrano il motivo che, in letteratura, viene sottolineato ampiamente: il governo clinico è sostanzialmente una sfida culturale più che organizzativa.

Dettaglio sulle risposte positive



Chiare anche le attese rivolte sia al miglioramento dell'attività sia allo sviluppo professionale attribuendo sorprendentemente il medesimo peso ai due aspetti che riguardano il piano organizzativo e quello del coinvolgimento del singolo professionista.

Si coglie una nota meno armonica: un discreto numero di coordinatori, tra quelli che hanno risposto affermativamente, non ritiene questo approccio particolarmente innovativo.

Difficile dar loro torto.

Gli strumenti prima citati sono noti, in molte realtà consolidati nel loro uso: il governo clinico-assistenziale li ripropone sottolineando la necessità di integrarli per influenzare non solo le scelte del singolo professionista ma soprattutto quelle del sistema nel suo insieme.

Bibliografia

1. Ghirardini e F. Palombo, La centralità della tematica del "governo clinico" nell'attuale fase della programmazione sanitaria nazionale. Foglio informazioni ANPO, 2004, n. 42.
2. R. Grilli e F. Taroni, Governo Clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza. Il Pensiero Scientifico Editore, 2004.
3. F. Fontana, Clinical Governance: una prospettiva organizzativa e gestionale, Franco Angeli Editore, Milano, 2005.
4. R. Grilli e E. Berti, Linee guida e governo clinico: come riconciliare il mezzo con il fine? Centro di documentazione per la salute. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia Romagna, 2001.
5. C.D. Shaw, Health care quality is a global issue, Clinical Governance Bulletin 2002, vol. 3, n. 2, p. 2.
6. M. Lugon e G. Scally, Editorial: Risk Management, Clinical Governance Bulletin 2000, vol. 1, n. 2, p. 1.
7. L. Edozien e I. Bramall, Learning and sharing lessons from incident reporting, Clinical Governance Bulletin 2003, vol. 4, n. 3, p. 2.
8. J.T. Reason, Human Error: models and management, BMJ 2000, n. 320, p. 768.
9. M. Lugon, An Organization with a Memory. Summary and implications for health care organizations, Clinical Governance Bulletin 2000, vol. 1, n. 2, p. 3.

Clinical governance: l'esperienza dell'Azienda U.S.L. di Perugia

A cura di:

Dr. Aviano Rossi - Dirigente Responsabile Direzione Professioni Sanitarie ASL Perugia

Ringraziando il Collegio IPASVI di Milano-Lodi per questo graditissimo invito, mi complimento con lo stesso per le tante iniziative culturali che negli anni ha saputo proporre, tutte finalizzate ad esaltare il ruolo e valore della ricerca scientifica per affermare l'infermieristica come professione e come scienza.

Anche nella giornata dedicata alle funzioni di coordinamento e quindi al management sanitario ed infermieristico, è importante non affidarsi alle sole regole di buon senso, ma a quelle che vengono definite "evidenze di sistema".

Il contributo che porto a questo evento tende ad essere non una trattazione teorica sulla clinical governance, ma se mai una esperienza di adozione ed applicazione della stessa a tutti i contesti del management aziendale, soffermandomi particolarmente sulle componenti che interessano prevalentemente la professione infermieristica. L'esperienza viene maturata nella regione in cui vivo e lavoro, che è l'Umbria, che esprime peculiarità diverse da quelle che si possono riscontrare in un'area metropolitana. Non è evidentemente la realtà dei grandi numeri in quanto in tutta la regione risiedono circa 800.000 abitanti, equivalenti ad un quartiere di una metropoli come Milano. Può essere questo l'elemento facilitante alla base di una tradizione innovativa nella pianificazione sanitaria regionale, anche se il dato deve essere letto pure in termini di complessità organizzativa per la difficoltà a raggiungere nel proprio contesto di vita e di lavoro i residenti distribuiti in un territorio vasto ed a bassa densità di popolazione, con la necessità di una fitta rete di servizi territoriali ed ospedalieri.

In questo contesto si inserisce la maggior azienda della regione per territorio e popolazione: la ASL di Perugia. Una azienda in buona salute dal punto di vista economico, che raggiunge i propri residenti a domicilio con Infermieri dipendenti dell'azienda e sette giorni su sette per tutto l'anno. Coerentemente con i principi regionali di "Sanità Servizio", erogato a forte impronta pubblica e quindi con una scarsa esternalizzazione delle prestazioni, il problema che si pone oggi l'azienda è quello della sostenibilità dei propri servizi.

Un problema che non è solo del contesto locale, ma che parte dalle risorse investite per l'intero Servizio Sanitario Nazionale, che se alla fine degli anni '70 aveva affermato la salute come diritto e come valore, richiamando peraltro principi costituzionali e diritti umani, ha dovuto poi fare i conti con il fatto che le risorse economiche non sono illimitate. La speranza si è poi riposta nell'aziendalizzazione, ma è risultata presto disattesa con un paradossale aumento della spesa, pur se con benefici in termini di responsabilizzazione nella gestione dei servizi.

L'ultima grande novità è quella dei livelli essenziali di assistenza (D.lgs 229/1999) che però per essere applicata necessita di strumenti gestionali a sostegno sia della qualità, che della buona amministrazione. È per questo che negli ultimi anni ha avuto ed ha successo la "clinical governance" che ha ispirato gran parte di piani sanitari regionali e dei documenti di programmazione sanitaria delle relative aziende. Anche la nostra azienda non si è sottratta a questo principio, interpretando la clinical governance in sette punti essenziali che andrò a descrivere.

Information Technology

Qualsiasi strumento di management non può oggi prescindere dal contributo della tecnologia e dell'informatica, non solo in termini di strumento di lavoro, ma soprattutto come scienza dell'informazione. Nella nostra azienda le applicazioni in termini di telemedicina sono ormai ad un buon livello, soprattutto nei settori della diagnostica per immagini e della cardiologia. Il progetto più ambizioso è però quello di creare una sorta di anagrafica sanitaria dei residenti, che si alimenta di tutte le prestazioni sanitarie erogate agli stessi.

L'applicazione più avanzata è una rete territoriale realizzata attraverso un software denominato as.ter (assistenza territoriale integrata) acquistata dalla ditta Caribel di Pisa. Questo software consente di alimentare una banca dati sanitaria dove vengono registrati i piani di assistenza di ogni presa in carico domiciliare, nonché ogni prestazione erogata nei centri di salute territoriali. Il sistema permette non solo di supportare le prestazioni singolarmente, ma di dare continuità alle

prestazioni assistenziali erogate ai pazienti/residenti nei diversi accessi nel tempo ai servizi aziendali.

Gestione e Sviluppo Risorse

Considerando che il 60% del personale dipendente dell'azienda appartiene alle professioni sanitarie, è possibile dichiarare che una vera affermazione della *clinical governance* passa soprattutto attraverso un coinvolgimento ed una valorizzazione delle stesse, presenti in tutti i contesti assistenziali e spesso uniche figure presenti 24 ore su 24 a fianco degli assistiti.

Dal 2003 è operativo un servizio delle professioni sanitarie che dall'1/1/2004 si avvale della *dirigenza* ai sensi della legge 251/2000. Dall'1/1/2005 il servizio ha acquisito lo status di *unità operativa complessa* ed è in corso una riflessione tra l'azienda, le professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali per la costituzione di un *dipartimento delle professioni sanitarie*.

Il modello adottato è di tipo multidisciplinare, con un *ufficio di direzione* dove sono presenti i responsabili delle aree disciplinari previste dalla legge 42/1999 e successiva 251/2000. È un assetto che permette alle professioni sanitarie di condividere non solo l'approccio gestionale, ma anche gli strumenti ed il percorso che rendono la risposta ai bisogni degli assistiti globale e multiprofessionale.

Durante il 2005 sono stati numerosi i progetti implementati in coerenza con il percorso di "clinical governance", tra i quali quelli sui percorsi assistenziali multidisciplinari, sulla continuità ospedale-territorio, sull'ottimizzazione dei percorsi diagnostici, sull'igiene ospedaliera (disinfezione, sterilizzazione, procedure di sala operatoria) ed altri. Con il consenso della direzione aziendale, si è puntato ad una forte sinergia tra il percorso qualitativo e quello amministrativo, facendo convergere i progetti sia nel sistema di budget aziendale che nel sistema premiante.

Audit Clinico Assistenziale

Una importante esperienza è stata avviata nel 2005 con un progetto aziendale dal titolo: *dal confronto non si può che migliorare*. L'iniziativa è iniziata con un contributo formativo rivolto a più di 500 dipendenti, sia dei servizi territoriali che dei dipartimenti ospedalieri. Un percorso formativo implementato per conseguire i seguenti obiettivi:

- condividere i principi della "clinical governance" e l'utilità dell'audit;
- fornire gli strumenti operativi del clinical governance;
- raggiungere un elevato numero di operatori;
- conseguire risultati concreti in tempi brevi.

Dopo il percorso formativo, sono stati implementati 25 progetti sulle seguenti tematiche:

- procedure e risultati terapeutici, in particolare su appropriatezza prescrittiva farmacologica, appropriatezza ricoveri ipertensione e diabete;
- promozione della salute e prevenzione, in particolare su allattamento al seno, vaccinazioni, ricoveri impropri ipertensione e diabete;
- procedure e risultati diagnostici, in particolare su esami di laboratorio e diagnostica per immagini.

I risultati più importanti di questa esperienza possono essere sintetizzati nei seguenti punti:

- consapevolezza dell'importanza di un approccio multidisciplinare ai bisogni assistenziali,
- acquisizione dell'approccio evidence-based;
- necessità di imparare dall'esperienza,
- responsabilizzazione nel documentare la qualità delle prestazioni e dei servizi,
- acquisizione della capacità di misurarsi con criteri di valutazione, indicatori e standards.

Formazione

Concluderò questo contributo affermando la clinical governance in chiave culturale. Un processo culturale si sostiene solo grazie ad un consistente investimento formativo dell'azienda verso i suoi dipendenti.

Non mi soffermo sui temi scontati relativi all'importanza della formazione per l'intero processo, ma mi limito a sintetizzare l'investimento aziendale in tale direzione, citando l'impegno economico relativo all'anno 2005 pari ad € 373.500,00 (circa 185,00 € per dipendente) relativamente ai soli costi variabili, ai quali si aggiungono i costi di esercizio del settore formazione che opera con aule ed uffici di proprietà dell'Azienda e personale ivi assegnato con incarico esclusivo.

Il risultato più importante dell'investimento formativo è quello qualitativo, anche se da un punto di vista meramente utilitaristico non è da sottovalutare il contributo offerto ai professionisti nella copertura complessiva di tutti i crediti ECM.

Centralità dell'Utente

Prima di parlare delle iniziative aziendali in tale direzione, riporto una sintesi delle riflessioni operate in azienda prima di intraprendere iniziative a sostegno di questo principio. Con l'aziendalizzazione e quindi la competizione dei servizi sanitari, si erano maturate aspettative di miglioramento della qualità assistenziale che invece sono andate deluse per effetto della logica tendenza del mercato libero: mantenere la qualità riducendo i costi per produrla. Questo evidentemente avviene di più quando i servizi sono irrinunciabili, quando coloro che diventano "pazienti" accettano la risposta qualsiasi essa sia, senza un potere di controllo come avviene per altri tipi di servizi non sanitari.

Molte aziende hanno comunque avviato iniziative su questo fronte, tra le quali sicuramente quelle indirizzate ad indagare la qualità percepita, nonché a monitorare i reclami. Anche la ASL di Perugia ha manifestato questa sensibilità, riscontrando però la scarsa utilità di questi strumenti che tendono sempre a privilegiare la soddisfazione piuttosto che i pochi casi di insoddisfazione che si nascondono pericolosamente tra i grandi numeri. Altrettanto scarso il contributo che viene dai reclami, scarsamente prodotti per una logica condizione di subordinazione del paziente rispetto al "sistema" e che quindi, nella migliore delle ipotesi, non rappresentano altro che la nota punta dell'iceberg.

Nel piano qualità 2006 si è così pensato di curare questo aspetto della centralità dell'utente attraverso il recupero del consenso informato, non come procedura da espletare, ma come costante di ogni atto assistenziale. Un processo finalizzato a mettere a proprio agio il paziente in ogni momento della presa in carico assistenziale, ricercando ogni momento di dubbio, insicurezza ed insoddisfazione per applicare ogni procedura con la piena condivisione e se possibile collaborazione del paziente.

Gestione del Rischio

La sensibilità verso il rischio ha portato l'azienda alla costituzione di un gruppo di lavoro aziendale sul *risk management*. La prima iniziativa intrapresa dal gruppo, del quale sono peraltro componente, è stata quella di trovare una definizione di rischio, individuata nella seguente: probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso (un danno o disagio) imputabile, anche se in modo involontario, alle attività diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali e in grado di causare un prolungamento della presa in carico, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.

Una definizione non cambia gli eventi, ma rende consapevoli che il rischio fa parte dell'assistenza, è una componente del nostro agire. Questo a significare la necessità di parlarne e di non oscurarne gli eventi perché è solo dagli stessi che è possibile imparare e migliorarsi. Altra affermazione importante è che comunque tutti gli studi che la letteratura ci propone dimostrano come alla base degli eventi avversi ci sia sempre una responsabilità prevalente dell'organizzazione piuttosto che dei singoli. Questo non a sminuire le responsabilità personali nella gestione del rischio, ma per perseguire la prevenzione dello stesso attraverso un approccio "di sistema".

Il gruppo di lavoro è operativo dal dicembre 2004 ed in questo anno ha lavorato prevalentemente per le attività di monitoraggio del rischio.

Modello Assistenziale

È questa la parte centrale del mio contributo, non perché più importante delle altre rispetto alla clinical governance, ma perché quella ad interesse esclusivo delle professioni sanitarie e quindi tra le stesse prevalentemente dell'Infermiere.

Il nostro lavoro, nel periodo dal 2003 ad oggi, è stato quello di definire con chiarezza la "titolarità" dell'assistenza da parte delle professioni sanitarie. Nella risposta sanitaria sono infatti riconoscibili:

- la parte "clinica" (diagnostica e terapeutica), di competenza del Medico;
- la parte "assistenziale", di competenza delle professioni sanitarie e prevalentemente dell'Infermiere.

Condiviso questo assunto, si sono definite le qualità che dovrebbe avere l'assistenza, soprattutto dopo l'investimento in chiave culturale operato verso la professione nell'ultimo decennio (profilo,

laurea, masters, dirigenza, laurea specialistica, ecc.). Abbiamo così chiarito a livello aziendale come le qualità dell'assistenza "nell'epoca della laurea" devono essere almeno le seguenti: personalizzata, scientifica e multidisciplinare.

Per concretizzare queste qualità, si è pensato di ricorrere a tre strumenti di lavoro tradizionali come il *processo di nursing*, le *evidenze scientifiche* ed i *percorsi assistenziali*.

Il processo di nursing è uno strumento di lavoro ormai consolidato in termini teorici, ma non sempre sistematicamente applicato nella pratica. Evidentemente oggi non è semplice per l'Infermiere poter pianificare in maniera puntuale l'assistenza, dovendo in tal senso dedicare del tempo all'assistenza indiretta che non sempre può permettersi di sottrarre a quella diretta. Una riflessione è stata analogamente prodotta in relazione alle evidenze scientifiche, strumento di affrancamento della professione dalla logica del "così ho sempre fatto" verso quella della scelta di assistere secondo criteri di "efficacia provata". Paradossalmente però questo strumento consegue una assistenza scientifica, ma non necessariamente personalizzata, come peraltro il processo di nursing consegue una assistenza personalizzata, ma non necessariamente scientifica. L'idea, che poi si concretizza nel modello assistenziale, è che i due strumenti di lavoro (evidenze scientifiche e processo di nursing), hanno veramente ragione di esistere solo se in combinazione tra di loro e cioè applicando le evidenze scientifiche solo se veramente necessarie alla persona che abbiamo di fronte, intendendo per "necessarie" anche il fatto che siano accettate dalla persona stessa. In altre parole, le evidenze da intendere non come imperativo cieco perché il nursing presuppone anche un rapporto empatico. L'EBN deve essere una metodologia applicata, ma anche coniugata all'esperienza, all'etica, alla valutazione di appropriatezza, alla saggezza professionale.

Questo è possibile solo se le informazioni sulla persona sono complete e pertinenti e ciò è riscontrabile solo dopo una adeguata "raccolta dati", intendendo per questa proprio la prima fase del processo di nursing. In sintesi, abbiamo convenuto che una vera appropriatezza della risposta assistenziale la si consegue quando i due strumenti di lavoro vengono impiegati contestualmente e quando nel processo di nursing, nel momento della definizione del piano assistenziale, si tiene conto delle evidenze scientifiche piuttosto che della sola esperienza.

Passaggio più complesso è quello che porta alla applicazione dei percorsi assistenziali, sia come strumento di ottimizzazione d'impiego delle risorse sanitarie, sia come strumento finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi resi. I percorsi assistenziali vengono proposti non come strumento alternativo, ma applicativo nella pratica quotidiana sia delle *linee guida* scientifiche, sia delle emergenti metodologie assistenziali *evidence based*. La necessità riscontrata era quella di trovare una strategia di adozione graduale delle linee guida, ormai prodotte dalla comunità scientifica a livello internazionale, ai contesti operativi quotidiani dove l'applicazione delle stesse non sempre è sostenibile per problemi culturali, di competenze, strumentali. L'adozione dei percorsi assistenziali prende avvio dalla rilevazione delle azioni, attività e prestazioni prodotte da strutture sanitarie, territoriali e ospedaliere, rispetto a uno specifico quadro clinico, al fine di operare un confronto, non necessariamente sul singolo caso trattato, tra percorsi effettivi e linee guida. La fase successiva è data dalla definizione, da parte dei professionisti coinvolti, del "percorso assistenziale di riferimento". Il percorso di riferimento non rappresenta un processo statico per la gestione del paziente in oggetto, ma un prodotto oggetto di una continua valutazione e confronto tra realtà e nuove linee guida, a configurare un percorso di miglioramento continuo.

L'adozione dei tre strumenti di lavoro (processo di nursing, evidenze scientifiche e percorsi assistenziali), deve necessariamente confluire in un modello di sintesi, che in ambito aziendale abbiamo denominato appunto "modello assistenziale". La sintesi operativa del modello assistenziale è la seguente:

- al momento della presa in carico del paziente si effettua una raccolta dati;
- in base alla raccolta dati si comprende se per quel caso clinico esistono percorsi assistenziali strutturati;
- se ci sono e coprono l'intero quadro clinico-assistenziale, non sarà necessario il piano assistenziale personalizzato;
- se al contrario questi non ci sono, si ricorre al tradizionale piano assistenziale personalizzato;
- se ci sono, ma sono insufficienti a "coprire" l'intero caso clinico, il percorso assistenziale viene supportato dal piano di assistenza personalizzato;
- in ogni caso il "collante" del sistema è una buona documentazione assistenziale;

- in ogni caso il sistema è “condizionato” positivamente dalle evidenze scientifiche che sono servite per produrre i percorsi assistenziali, oppure sono considerate nella fase centrale di pianificazione nel processo assistenziale.

Per agevolare la formulazione dei percorsi assistenziali, si è strutturato un progetto formativo accreditato E.C.M. (con copertura di tutti i crediti previsti per l'anno 2006 per singolo professionista), che andrà ad attivarsi nella fase didattica a partire dal mese di febbraio. La prima fase è dedicata alla descrizione ed insegnamento della metodologia dei percorsi assistenziali. Successivamente (seconda fase) vengono descritti gli eventi clinici interessati dal progetto, recuperando tutte le conoscenze possibili dal punto di vista fisio-patologico, ma non andando a definire la componente assistenziale che sarà oggetto di trattazione nella fase successiva. Nella terza fase vengono costituiti gruppi di lavoro con un preciso mandato: sviluppare i percorsi assistenziali di massima e da questi, attraverso il confronto con le linee guida e le evidenze scientifiche disponibili, definire i percorsi assistenziali di riferimento relativamente alle situazioni cliniche individuate. Una volta definiti i percorsi assistenziali, questi saranno sottoposti alla direzione sanitaria (quarta fase), che potrà avvalersi degli esperti di fiducia per “validarli” e per renderli così adottabili nei contesti assistenziali. A questo punto inizia la quinta fase, dove i tutors dei gruppi di lavoro vanno ad “insegnare” i percorsi a tutto il personale. La sesta fase consiste infine nell'applicazione dei percorsi assistenziali, coerentemente con una fase di monitoraggio delle attività per valutare, dopo tre mesi sperimentali di adozione, la rispondenza delle attività assistenziali rispetto ai percorsi stabiliti (valutazione di processo) e l'efficacia degli stessi rispetto ai bisogni assistenziali degli utenti (valutazione di esito).

Conclusioni

L'Azienda U.S.L. di Perugia, dall'anno 2003, ha intrapreso un cammino di adozione ed applicazione della clinical governance. In sintesi estrema, si può affermare che la clinical governance produce i suoi effetti quando la gestione delle risorse disponibili avviene nell'ottica di prestazioni cliniche ed assistenziali erogate:

- solo in caso di una motivazione, di una giustificazione scientifica;
- secondo una sequenza dettata da linee guida scientifiche;
- nei contesti assistenziali più adeguati per la tipologia di utente.

Un modello che non è conseguibile attraverso un approccio normativo, ma attraverso un percorso culturale che consegue risultati solo attraverso una crescita ed uno sviluppo culturale e professionale di ogni professionista. È un percorso che si compie a piccoli passi che i professionisti devono compiere mettendosi costantemente in discussione.

L'augurio che rivolgo a tutti gli Infermieri motivati verso uno sviluppo di carriera in chiave organizzativa e gestionale è quello di trovare in questo cammino le giuste gratificazioni personali e professionali. L'esperienza mi ha sino ad oggi insegnato che questo è possibile interpretando il proprio mandato non verso una mera gestione “numerica” delle risorse assegnate, ma rivolgendo le proprie attenzioni alla qualità dell'assistenza conseguita con e dalle stesse.

LA LEADERSHIP ED I SUOI ATTEGGIAMENTI

A cura di **Costantina Regazzo**

Cerca di trovare quanto di meglio c'è in una persona, e diglielo.

Tutti abbiamo bisogno di questo stimolo:

ogni volta che il mio lavoro è lodato, io divento più umile,

perché non mi sento ignorato o indesiderato.

Tutti possiedono qualcosa che merita di essere lodato.

Le lodi significano comprensione.

Siamo degli eccellenti esseri umani nel nostro intimo, e nessuno è migliore degli altri.

Impara a vedere la grandezza del tuo prossimo e vedrai anche la tua.

Kahlil Gibrán

Il rigido assetto gerarchico, spesso tutt'ora prevalente in alcuni contesti lavorativi (per esempio in molti servizi della pubblica amministrazione), ed i numerosi insuccessi cui tale modello organizzativo è andato incontro hanno spinto a riconsiderare la funzione di comando e le sue caratteristiche essenziali.

E' opportuno premettere , che le modalità di esercizio delle funzioni direttive e di controllo costituiscono solamente una porzione dei problemi connessi alla leadership ed affrontare la questione in termini esclusivamente prescrittivi pone in secondo piano il significato della leadership come fattore di costruzione e mantenimento di un gruppo orientato a conseguire degli obiettivi specifici.

Sulla base di prolungate osservazioni Mintzberg ha identificato tre grandi categorie di ruolo svolte dai manager:

1Ruolo relazionale o interpersonale, che si esplica attraverso ruoli di rappresentanza all'esterno del gruppo e dell'organizzazione, ruoli di collegamento (mantenendo i contatti con persone e gruppi al di fuori dell'organizzazione) e ruoli di leader (motivando, insegnando, valutando e controllando i subordinati).

2Ruolo informativo di monitoraggio (raccogliendo e analizzando dati e risultati provenienti dall'interno e dall'esterno), di diffusore e portavoce, basato sulla circolazione delle informazioni.

3Ruolo decisionale di tipo imprenditoriale (innovare, stimolare il cambiamento e progettare nuove linee di azione), come gestore degli imprevisti, distributore di risorse e negoziatore.

Complessivamente la leadership risponde alla necessità di guida ed organizzazione che ogni gruppo finalizzato comporta ed assolve a tre principali funzioni:

- di competenza (possesso del sapere e delle tecniche);
- di appartenenza (*attenzione ai bisogni dei membri del gruppo, tutela dei valori, della cultura e del clima affettivo*);
- comunicativa (relativa al controllo di una comunicazione efficace che permetta lo scambio all'interno del gruppo ed all'esterno).

Secondo Rice in organizzazione si possono individuare due mondi: uno interno ed uno esterno in cui il leader esplica una funzione di regolazione, lo stesso autore sostiene che l'ambiente interno è costituito da individui e piccoli gruppi le cui finalità sono indirizzate principalmente al perseguimento di due obiettivi: il soddisfacimento dei bisogni dei singoli e la consegna all'esterno di un output (un servizio e/o un prodotto), che rappresenta il risultato dell'elaborazione degli input provenienti dall'esterno.

“ Se l'organizzazione concentrasse i suoi sforzi solo sulla realizzazione del primo obiettivo, cioè la gratificazione dei suoi membri, non potrebbe durare a lungo, venendo a mancare proprio il prodotto in cambio del quale il mondo esterno gli assicura la sopravvivenza. Analogamente se l'organizzazione trascurasse i bisogni interni dei suoi membri a lungo andare dominerebbero impotenza e frustrazioni”¹.

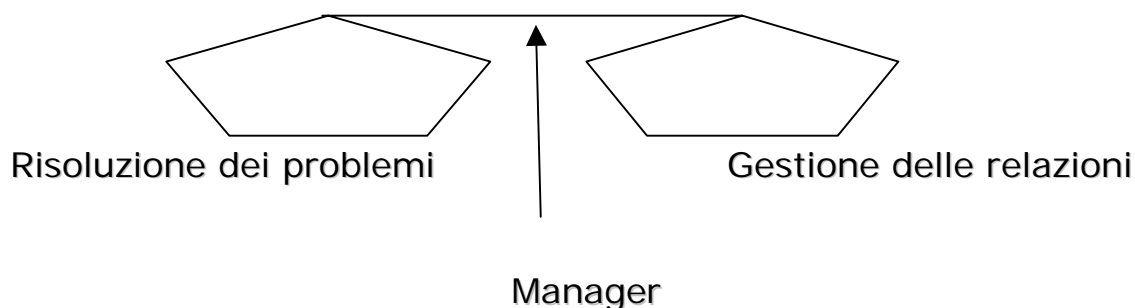
Ciò significa che se ci sbilanciamo troppo verso il compito o la risoluzione dei problemi contingenti, possiamo perdere di vista la comunicazione, la relazione e la

¹ Gabassi P. (1995); “Psicologia, lavoro ed organizzazione”, Ed. F. Angeli, Milano, p.130-131

collaborazione tra i membri del gruppo di lavoro; se ci sbilanciamo troppo verso la componente relazionale, corriamo il rischio di perdere di vista l'obiettivo da raggiungere, privilegiando la costruzione di rapporti di amicizia e di collusione.

Mantenere questo equilibrio tra le esigenze del mondo esterno e quelle del mondo interno è spesso difficile, ma è la chiave del successo di molti leader.

Fig. – Equilibrio tra risoluzione dei problemi e gestione delle relazioni



Fonte: Nico P., "Convincimi!...", 2001, F. Angeli, p.120

Genericamente possiamo affermare che la principale attività svolta dal leader consiste nell'influenzare le persone rispetto a certi obiettivi del gruppo o dell'organizzazione, determinando un consenso volontario ed un'accettazione soggettiva e motivata; Vance Packard l'ha definita "l'arte di indurre gli altri a voler fare qualcosa per te che loro stessi siano convinti debba esser fatto"².

L'esperienza ha insegnato che pratiche manipolatorie si rivelano spesso tragicamente fallimentari, poiché nulla può essere forzato ed il convincimento parte sempre dall'interno di ogni individuo. Non si tratta di una lotta dove chi vince riesce a sottomettere e ad a convincere l'avversario, perché le persone si convincono se riescono a capire che in un certo argomento o in una certa attività trovano una loro convenienza.

Moltissimi studi hanno cercato di capire quali fossero le caratteristiche legate alla personalità del buon leader, oggi questa prospettiva si è sostituita a quella ricerca che favorisce l'identificazione di un sistema di abilità o

² Nico P. (2001); "Convincimi! Pratiche di leadership per il miglioramento delle relazioni interpersonali"; Ed. F. Angeli, Milano, p.17.

competenze psicosociali (capacità diagnostiche per la valutazione della situazione e dei punti critici, capacità di progettazione, di valorizzazione delle risorse, di assunzione dei rischi, di calcolo, convincimento e motivazione rispetto agli obiettivi, di monitoraggio) che entrano in gioco nella gestione dei gruppi di lavoro. Esse sono ormai ritenute di pari importanza rispetto alle conoscenze tecniche e amministrative necessarie per il buon funzionamento organizzativo.

Secondo questa prospettiva il leader sarebbe un individuo comune, con pregi e difetti ed una grande forza interiore che si esplicita nell'impegno, nella disponibilità, nella passione nel fare ogni cosa; una persona preparata e competente, che sa mettersi in dubbio e riconoscere i propri errori.

Tuttavia noi riteniamo che se è vero che il leader è un essere umano in grado di agire, di vincere, di sbagliare, di credere, una persona che prova delle emozioni, parla e si confronta con gli altri e dagli altri apprende continuamente; è anche vero che si caratterizza per la sua ambiziosità, intesa come una naturale disposizione a focalizzare mentalmente l'immagine del futuro che desidera, e da quell'immagine trae la sua forza, indirizza le persone che lo seguono e riesce a mantenere e gestire relazioni fruttuose. Questo significa avere degli obiettivi da raggiungere ed è una condizione fondamentale se si è un punto di riferimento professionale per i propri collaboratori.

Un'altra caratteristica molto importante attiene alla capacità di osservazione: soprattutto nelle relazioni interpersonali il leader cerca di captare i segnali deboli e si rivolge alle persone con un atteggiamento attento, esprime un sincero interessamento verso gli altri, fa capire alle persone quanto siano importanti e le incentiva ad impegnarsi. Uno degli aspetti fondamentali della psicologia umana è che abbiamo un profondo desiderio di sentirci importanti e quando una persona si interessa a noi: in primo luogo ci ascolta (se non vogliamo ascoltare gli altri, perché mai qualcun altro dovrebbe ascoltare noi?), chiede informazioni ed in seguito ad una serie di sue valutazioni ci dà dei consigli, ci gratifica o ci critica.

Lo sviluppo della personalità è determinato significativamente dalle valutazioni altrui e dal forte bisogno di ognuno di noi di avere dagli altri

considerazioni positive legate ai nostri meriti. Lodi e gratificazioni sono molto importanti perché le persone hanno un continuo bisogno di conferme del loro modo di agire, ma lo sono altrettanto le critiche, infatti di fronte ad un errore un buon capo ha il dovere di evidenziare l'evento, illustrando le possibili alternative e convincendo il collaboratore a cambiare, anche se è fondamentale che si soffermi sul comportamento e non sul carattere o sulla personalità.

Analogamente il buon leader sa riconoscere i necessari correttivi anche al suo stile di presenza ed a questo proposito riportiamo gli errori più comuni:

"... si fida delle sue idee senza parlarne ai suoi seguaci o ricicla soluzioni già collaudate ma ora inadeguate, affronta l'interazione con i seguaci con una modalità tipo "vincere/perdere" trasformando ogni scambio in una battaglia con vincitori e vinti, vuole a tutti i costi mantenere un'immagine positiva di persona sempre all'altezza della situazione senza riconoscere dubbi, errori o difficoltà, non utilizza le informazioni disponibili per diagnosticare la situazione anche a costo di incorrere in giudizi distorti o parziali, mantiene a tutti i costi la propria visione della situazione e la lista delle questioni importanti da affrontare senza verifiche efficaci, non apprende come procedere per costruire e mantenere un effettivo gruppo di lavoro, ma si limita a concedere quanto richiesto dai seguaci per non avere complicazioni"³.

Il tipo di leader che secondo noi contribuisce alla creazione ed al mantenimento di un buon clima organizzativo si comporta in modo etico (il che non vuol dire essere infallibile, ma avere una coerenza interiore che gli permette di essere considerato una persona autentica e responsabile) è capace di sbagliare e di pagare per i propri errori.

Nilsen e Campbell sostengono che: "Individui capaci di performance superiori cercano continuamente il feedback dagli altri. Vogliono cioè sapere non solo i loro errori, ma anche come vengono percepiti dall'esterno, per aumentare la loro consapevolezza e tendere al miglioramento costante delle loro prestazioni"⁴.

Quando le persone sono autentiche, sono sincere ed oneste davanti ai loro errori, imparano a saper affrontare anche quelli degli altri e davanti agli

³ ibid. (Fondamenti di psicologia del lavoro).p.294

⁴ ibid Nico p.53

insuccessi, alle sconfitte, alle situazioni particolarmente negative, provano a vedere le cose in modo diverso, cercando possibili aspetti positivi.

Essere un leader significa quindi impegno, estro, volontà e passione e vuol dire essere se stessi, perché la spontaneità, la buona fede e l'autenticità saranno sempre apprezzate, anche nei momenti più difficili. Se siamo coerenti e ci impegniamo possiamo chiedere ai nostri interlocutori di fare altrettanto, senza farsi trarre in inganno dalle apparenze e cercando di vedere oltre lo strato superficiale delle cose e delle persone.

Dal nostro punto di vista, riferendoci in particolar modo all'ambito dei Servizi Sanitari svolgere una funzione di leader richiede il saper orientare, guidare, incoraggiare, motivare, premiare per le scelte creative, contribuire a comporre punti di vista ed interpretazioni differenti in uno schema comune di riferimento per tutti i membri. L'attenzione è posta sulle persone con le quali si cerca di decifrare la realtà ed il significato delle richieste esterne e dei progetti di azione, si crea e si ridefinisce di continuo il clima ed il contesto culturale, si operano delle scelte di priorità e si difendono decisioni e programmi di azione nei confronti dell'ambiente esterno.

Nei Servizi Sanitari il dirigente non è più l'unico decisore e la leadership tende ad essere distribuita all'interno di gruppi di lavoro; i leader vengono considerati sempre più "leader dei leader", per questo è importante prepararsi, aggiornarsi, studiare, informarsi e conoscere, cercando costantemente di migliorare noi stessi e le nostre capacità, autovalutandoci e correggendo gli atteggiamenti negativi proprio perché nell'esercizio della leadership entrano in gioco abilità, conoscenze e competenze che afferiscono più alla sfera del saper essere che alla sfera del saper fare.

La leadership si colloca nel punto di incontro tra le variabili strutturali (obiettivo, metodo e ruoli) e le variabili processuali (clima, comunicazione e sviluppo) dell'organizzazione; ha una funzione equilibratrice tra il versante dell'individualità e gli orizzonti del gruppo di lavoro ed una capacità di garantire la conservazione ed insieme il cambiamento della cultura organizzativa.

Ciò che proponiamo principalmente in questo breve articolo è di considerare la leadership come una risorsa tecnica e organizzativa a disposizione del gruppo, non un momento o una funzione di fatto esterna ad esso. Il leader più

adeguato all'applicazione di questo approccio è in primis un esperto di relazioni, che si mette al servizio del gruppo e che costruisce il suo stile di leadership partendo dall'assunzione che la relazionalità, con i suoi conflitti e le sue risorse, è la condizione operativa originaria.

Egli si focalizza sugli atteggiamenti e sui significati che le persone attribuiscono al loro agire, perché il suo scopo è quello di cercare l'adesione dei collaboratori rispetto ai fini generali, ai valori ed alle concezioni; inoltre opera in modo da aumentare la consapevolezza e l'adesione convinta a quei propositi che superano gli interessi individuali a favore di quelli collettivi.

In concreto ciò implica: chiarire gli scopi, diffondere le informazioni, assicurare sufficienti risorse, provvedere a sostegni relazionali e affettivi continuativi, coinvolgersi personalmente e garantire un ambiente comunicativo sviluppando una cultura d'identificazione.

Le fondamenta necessarie alla costruzione di questo clima organizzativo le ritroviamo in alcuni principi che attengono rispettivamente alla comunicazione, al processo di negoziazione ed al rispetto e diffusione di un sistema valoriale.

Per comunicazione aziendale intendiamo l'insieme della comunicazione interna ed esterna e ci occuperemo in particolare della comunicazione che si rivolge al personale, ovvero alla clientela interna alla quale appartengono tutti i collaboratori dell'azienda, che può avvenire tra diverse tipologie di gruppi omogenei e trasversali e/o in occasione di riunioni tra persone appartenenti a settori diversi.

La comunicazione, nella varietà del suo processo, rientra a pieno titolo nell'analisi dei fattori indispensabili per la costruzione di un gruppo di lavoro, perché il gruppo è interazione, e quindi comunicazione, attraverso le più diverse modalità: dal silenzio alla parola, dal disaccordo alla collaborazione⁵. Inoltre assolve alcune funzioni vitali per il buon andamento dell'attività organizzativa: in primo luogo è una forma di scambio che aiuta ad interpretare i fenomeni, in secondo luogo è un elemento strategico fondamentale in quanto veicola i valori guida, favorendo la socializzazione, l'inserimento di nuovi membri all'interno dell'organizzazione e la costruzione del gruppo; infine

⁵ Gabassi; Psicologia, lavoro p.90-91

permette di ottenere il sincero consenso dei dipendenti sia sugli obiettivi dell'organizzativi che sui modi per conseguirli.

All'interno di ogni azienda oltre alla struttura formale è presente anche quella informale (termine con il quale vengono designati quei rapporti che si sviluppano spontaneamente tra i membri, in quanto scaturiscono dai bisogni dei singoli e possono talvolta portare a comportamenti differenziati rispetto a quelli che seguono un andamento convenzionale); il flusso comunicativo tende ad assicurare un carattere circolare di regolazione dell'azione e di controllo delle azioni attuate attraverso lo strutturarsi dell'informazione.

La circolarità viene prodotta dalla capacità del sistema di autoregolamentarsi, infatti in assenza di canali ufficiali, gli addetti ai lavori fanno ricorso ai canali ufficiosi utilizzando l'organizzazione informale, che esiste in parallelo a quella formale e che, in carenza di quest'ultima, viene a rimpiazzarla integralmente, producendo un assestamento naturale dei rapporti che prescinde da qualsiasi schema organizzativo ufficiale.

L'utilizzo delle vie di comunicazione informale, tuttavia, non sempre garantisce la ricezione di informazioni corrette ed anzi predispone il clima relazionale al rischio di incomprensioni e conflitti.

Un buon manager è colui che con la chiarezza e l'onestà incontra le persone faccia a faccia e attraverso un processo interattivo continuo le apprezza o le critica in modo costruttivo, semplice ed incisivo, cercando innanzitutto di comprendere tramite l'ascolto.

Il secondo concetto che ci siamo proposti di approfondire è quello di negoziazione, definito come *"un processo di comunicazione tra due o più persone che prendono in considerazione una serie di alternative per ottenere un obiettivo o per giungere ad una soluzione che soddisfi tutti gli interessati"*⁶.

Il presupposto essenziale per una buona negoziazione è che gli interlocutori siano motivati a trovare una soluzione che permetta di trovare un accordo e di massimizzare la soddisfazione di tutti coloro che sono coinvolti; purtroppo, però, non sempre si è consapevoli del fatto che è *un atto di cooperazione* e non di conflitto, che è fatta di concessioni reciproche e richiede un'apertura mentale a soluzioni alternative e ad idee innovative.

⁶ Nico, p.78

L'ultimo argomento che ci siamo proposti di evidenziare riguarda il sistema valoriale ed in particolare l'importanza che esso riveste all'interno dell'organizzazione.

E' opportuno premettere che i valori costituiscono quell'insieme di convinzioni legate a quello che consideriamo personalmente importante, sono convincimenti o ideali che si sono profondamente radicati tanto da diventare parte di noi e rappresentano un sistema di interpretazioni interiori a cui sentiamo il bisogno, individuale o collettivo, di tendere (e se non lo facciamo, non ci sentiamo né completi né soddisfatti).

I valori sono forze specifiche dotate di un'enorme carica emozionale, una preziosa leva per i dirigenti d'azienda, che permette loro di anticipare o spingere su certi fattori o su certe situazioni, sicuri della risposta in termini motivazionali e di soddisfacimento individuale. I valori, infatti, sono uno strumento potente ed anche se sono mutabili nel tempo non possono essere imposti, ma devono maturare all'interno di ogni singola persona.

La trasmissione dei valori etici è una delle attività principali di un leader di successo, che per diffondere la cultura valoriale organizzativa non può limitarsi ad esprimerla con parole, ma deve agire in modo coerente con essa: dando in questo modo agli altri lo stimolo per imitarlo, creando un ambiente favorevole alla comunicazione e sviluppando la fiducia ed il rispetto reciproco, lo scambio e la condivisione delle informazioni.

"Nella guida di una squadra, prima ancora di pensare al successo o alla soluzione dei singoli problemi puntare sulla forza dei valori di coesione, del senso di appartenenza, della condivisione e della collaborazione può essere utile per convincere chi ha bisogno di slanci motivazionali profondi e può facilitare un clima in cui regna il rispetto reciproco, la fiducia, la comprensione ed il dialogo"⁷.

Creare un ambiente virtuoso è fondamentale per aspettarsi comportamenti coerenti da parte delle persone che ci vivono e se un leader esprime i suoi

⁷ ibid

valori non solo è importante che dia il buon esempio, ma è fondamentale che cerchi di evitare cattive abitudini o comportamenti non etici.

I valori delle persone vanno rispettati e compresi anche se non necessariamente condivisi e puntare su di essi può essere una buona strategia per avviare processi di cambiamento.

Applicare i principi del diversity management al mondo dei Servizi alla Persona significa gestire la diversità in un'ottica di valorizzazione, considerandola un fenomeno ed una condizione presente quotidianamente nelle organizzazioni, riconoscendo la disomogeneità e legittimando il valore della differenza non solo negli utenti, ma anche nelle persone che lavorano nei Servizi; dando alle persone la possibilità di esprimere le proprie esigenze e di sentirsi realmente appartenenti all'organizzazione in cui operano, perché legittimate ad esprimere esigenze soggettive, che finalmente, trovano reale ascolto.

E' importante tener presente che ciò si scontra con la cultura tradizionalmente omologante delle organizzazioni, che tendono a ridurre la diversità a favore di un unico modello di pensiero, di comportamento e di azione, procedendo, quando ciò non è possibile, a una gerarchizzazione e subordinazione delle differenze, che sancisce una relazione asimmetrica tra un soggetto superiore e uno inferiore, in cui si chiede a quest'ultimo di adeguarsi, se non di assimilarsi al modello normativo dominante⁸.

Tuttavia la diversità viene intesa come un concetto che non esclude nessuno e che consente di promuovere una nuova forma di appartenenza. L'utilizzo di questo modo di gestire le risorse umane è finalizzato alla creazione di un ambiente lavorativo inclusivo, in grado di favorire l'espressione del potenziale individuale e di utilizzarlo come leva strategica per il raggiungimento degli obiettivi organizzativi.

⁸ Callari, Galli, Ceruti e Pievani; "Pensare la diversità. Per un'educazione alla complessità umana"; 1998, Meltemi, Roma;

“La centralità dell’individuo è diventata economica: le persone sono le risorse più critiche, le competenze spesso sono la chiave di volta dei risultati organizzativi, i talenti devono essere conservati con cura ed attenzione”⁹

In una società ad elevata complessità e diversificazione, così come si sono modificate le modalità organizzative, anche i bisogni delle persone si stanno evolvendo e differenziando; l’opportunità di analizzare le differenze e prestare attenzione alle esigenze soggettive (età, fase del ciclo di vita e di lavoro, le motivazioni e le attese rispetto al lavoro) lascia lo spazio per una diversa organizzazione e gestione del lavoro, che non agisce con parzialità ma risponde propriamente al contesto ed alle specificità dei soggetti.

Le finalità non sono semplicemente indirizzate alla rimozione delle barriere discriminatorie, ma soprattutto alla liberazione del potenziale di ognuno, attraverso il riconoscimento nella differenza di un patrimonio di possibilità in termini di sviluppo, di nuove capacità, esperienze e creatività.

Ciò significa promuovere una cultura organizzativa dell’assimilazione e dell’inclusione, capace di ascoltare le esigenze delle persone, rispettandole e valorizzandole e disponibile al cambiamento ed all’apprendimento.

La costruzione di questo processo deve essere condiviso con le persone, non può essere un’iniziativa episodica, ma deve essere integrata nell’intenzionalità organizzativa, diventando, cioè, un obiettivo che l’organizzazione nel suo complesso aspira a raggiungere. Concretamente ciò avviene attraverso la conoscenza diretta da parte dell’organizzazione del valore di ogni persona, che si attua tramite l’ascolto reciproco, il confronto e lo scambio di informazioni relative ai bisogni, alle aspettative ed alle motivazioni delle persone.

Attraverso un atteggiamento empatico ed un’attenzione per l’individuo, che permette di affidare le sfide giuste alle persone giuste, alla ricerca di quel bilanciamento ideale tra traguardi e risorse che genera motivazione, i leader possono creare un clima emotivo, carico di energia, motivazione e creatività, che può rappresentare il trampolino per il successo della propria organizzazione.

⁹ M.C.Bombelli; “Il difficile equilibrio tra identificazione e diversità”, in “Sviluppo & Organizzazione n.184 Marzo/Aprile 2001; E.S.T.E., Milano;

Occorre costruire un'organizzazione intelligente dal punto di vista emozionale, un Servizio in cui si crei una cultura che sviluppi un alto grado di autoconsapevolezza, gestendo le emozioni e motivandosi vicendevolmente, un Servizio dove ognuno comunica comprensione e rispetto, dove le persone si pongono obiettivi di gruppo e aiutano gli altri a conseguirli e dove si respirano entusiasmo e fiducia.

Ciò implica che l'adozione da parte del top management di comportamenti coerenti con le politiche dichiarate sia la condizione fondamentale per lo sviluppo di un'intenzione organizzativa volta a creare un ambiente inclusivo.

BIBLIOGRAFIA

Collins R. (1992); Teorie sociologiche. Ed. Il Mulino, Bologna.

Gabassi P.G. (1995); "Psicologia, lavoro, organizzazione". Ed. F. Angeli, Milano.

Hagemann G. (1990); "Eccellenza nella motivazione. Incentivi materiali, comunicazione aperta, partecipazione". Franco Angeli, Milano.

Kharbanda O. e Stallworthy E. (2001); "Il lavoro in team. La struttura piramidale è fallita. Come organizzare e guidare gruppi di lavoro nella nuova impresa-rete". Ed. F. Angeli, Milano.

Kondo Y. (1992); La motivazione. Sottotitolo: una chiave per il management. Editoriale Itaca, Milano.

Mintzberg H. (1996); La progettazione dell'organizzazione aziendale. Ed. Il Mulino, Bologna.

Nico P. (2001); Convincimi! Pratiche di leadership per il miglioramento delle relazioni interpersonali. Ed. F. Angeli, Milano.

Novara, G. Sarchielli (1996), Fondamenti di psicologia del lavoro, Ed Il Mulino, Bologna.

Pignatto A.; Regazzo C.: " Organizzazione e qualità per i servizi socio sanitari". Carocci Editore. Roma 2002

Zani B., Cicognani E. (1999); Le vie del benessere, Ed. Carocci, Roma

CAMERA DEI DEPUTATI N. 6229

PROPOSTE DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI SENATORI

**TOMASSINI; TOMASSINI; BETTONI, BRANDANI, MASCIANI,
BAIO DOSSI, CARELLA, CORTIANA, DI GIROLAMO, FALOMI,
GAGLIONE, LIGUORI, LONGHI, MANIERI, TONINI;**

E

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SALUTE
(SIRCHIA)

DI CONCERTO CON IL MINISTRO DELLA DIFESA
(MARTINO)

CON IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
(MORATTI)

CON IL MINISTRO DELLA GIUSTIZIA
(CASTELLI)

CON IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
(SINISCALCO)

E CON IL MINISTRO PER GLI AFFARI REGIONALI
(LA LOGGIA)

**APPROVATI, IN UN TESTO UNIFICATO,
DAL SENATO DELLA REPUBBLICA**

il 14 dicembre 2005 (v. stampati Senato nn. 1645-1928-2159-3236)

Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche,
ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e
delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali

Trasmesso dal Presidente del Senato della Repubblica
il 15 dicembre 2005

**APPROVATA DALLA CAMERA DEI DEPUTATI
IL 24 GENNAIO 2006**

PROGETTO DI LEGGE

ART. 1.

(Definizione).

1. Sono professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 118 del 23 maggio 2001, i cui

operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione.

2. Resta ferma la competenza delle regioni nell'individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie come definite dal comma 1.

3. Le norme della presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano in quanto compatibili con i rispettivi statuti speciali e le relative norme di attuazione.

ART. 2.

(Requisiti).

1. L'esercizio delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, è subordinato al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione. Tale titolo universitario è definito ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera c), e è valido sull'intero territorio nazionale nel rispetto della normativa europea in materia di libera circolazione delle professioni ed è rilasciato a seguito di un percorso formativo da svolgersi in tutto o in parte presso le aziende e le strutture del Servizio sanitario nazionale, inclusi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), individuate dalle regioni, sulla base di appositi protocolli d'intesa tra le stesse e le università, stipulati ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Fermo restando il titolo universitario abilitante, il personale del servizio sanitario militare, nonché quello addetto al comparto sanitario del Corpo della guardia di finanza, può svolgere il percorso formativo presso le strutture del servizio stesso, individuate con decreto del Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo. Per il personale addetto al settore sanitario della Polizia di Stato, alle medesime condizioni, il percorso formativo può

essere svolto presso le stesse strutture della Polizia di Stato, individuate con decreto del Ministro dell'interno di concerto con il Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo.

2. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui al comma 1 sono definiti con uno o più decreti del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni. L'esame di laurea ha valore di esame di Stato abilitante all'esercizio della professione.

Dall'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le università possono procedere alle eventuali modificazioni dell'organizzazione didattica dei corsi di laurea già esistenti, ovvero all'istituzione di nuovi corsi di laurea, nei limiti delle risorse a tal fine disponibili nei rispettivi bilanci.

3. L'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata al conseguimento del titolo universitario abilitante di cui al comma 1, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge.

4. L'aggiornamento professionale è effettuato secondo modalità identiche a quelle previste per la professione medica.

5. All'articolo 3-bis, comma 3, lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « , ovvero espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di consigliere regionale ».

6. All'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 2 è aggiunto il seguente:

« 2-bis. I laureati in medicina e chirurgia e gli altri operatori delle professioni sanitarie, obbligati ai programmi di formazione continua di cui ai commi 1 e 2, sono esonerati da tale attività formativa limitatamente al periodo di espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di consigliere regionale ».

ART. 3.

(Istituzione degli ordini delle professioni sanitarie).

1. In ossequio all'articolo 32 della Costituzione e in conseguenza del riordino normativo delle professioni sanitarie avviato, in attuazione dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, nonché delle riforme degli ordinamenti didattici adottate dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, al fine di adeguare il livello culturale, deontologico e professionale degli esercenti le professioni in ambito sanitario a quello garantito negli Stati membri dell'Unione europea, la presente legge regola le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, nel rispetto dei diversi iter formativi, anche mediante l'istituzione dei rispettivi ordini ed albi, ai quali devono accedere gli operatori delle professioni sanitarie esistenti, nonché di quelle di nuova configurazione.

ART. 4.

(Delega al Governo per l'istituzione degli ordini ed albi professionali).

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, i relativi ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nel rispetto delle competenze delle regioni e sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) trasformare i collegi professionali esistenti in ordini professionali, salvo quanto previsto alla lettera b) e ferma restando, ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del citato decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, l'assegnazione della professione dell'assistente sanitario all'ordine della prevenzione, prevedendo l'istituzione di un ordine specifico, con albi separati per ognuna delle professioni previste dalla legge n. 251 del 2000, per ciascuna delle seguenti aree di professioni sanitarie: area delle professioni infermieristiche; area della professione ostetrica; area delle professioni della riabilitazione; area delle professioni tecnicosanitarie; area delle professioni tecniche della prevenzione;

b) aggiornare la definizione delle figure professionali da includere nelle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, come attualmente disciplinata dal decreto ministeriale

29 marzo 2001;

c) individuare, in base alla normativa vigente, i titoli che consentano l'iscrizione agli albi di cui al presente comma;

d) definire, per ciascuna delle professioni di cui al presente comma, le attività il cui esercizio sia riservato agli iscritti agli ordini e quelle il cui esercizio sia riservato agli iscritti ai singoli albi;

e) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un unico ordine per due o più delle aree di professioni sanitarie individuate ai sensi della lettera a);

f) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un ordine specifico per una delle professioni sanitarie di cui al presente comma, nell'ipotesi che il numero degli iscritti al

relativo albo superi le ventimila unità, facendo salvo, ai fini dell'esercizio delle attività professionali, il rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli altri albi dell'ordine originario e prevedendo che gli oneri della costituzione siano a totale carico degli iscritti al nuovo ordine;

g) prevedere, in relazione al numero degli operatori, l'articolazione degli ordini a livello provinciale o regionale o nazionale;

h) disciplinare i principi cui si devono attenere gli statuti e i regolamenti degli ordini neocostituiti;

i) prevedere che le spese di costituzione e di funzionamento degli ordini ed albi professionali di cui al presente articolo siano poste a totale carico degli iscritti, mediante la fissazione di adeguate tariffe;

l) prevedere che, per gli appartenenti agli ordini delle nuove categorie professionali, restino confermati gli obblighi di iscrizione alle gestioni previdenziali previsti dalle disposizioni vigenti.

2. Gli schemi dei decreti legislativi predisposti ai sensi del comma 1, previa acquisizione del parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento

e di Bolzano, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia, che sono resi entro quaranta giorni dalla data di trasmissione.

Decorso tale termine, i decreti sono emanati anche in mancanza dei pareri. Qualora il termine previsto per i pareri dei competenti organi parlamentari scada nei trenta giorni che precedono o seguono la scadenza del termine di cui al comma 1, quest'ultimo s'intende automaticamente prorogato di novanta giorni.

ART. 5.

(Individuazione di nuove professioni in ambito sanitario).

1. L'individuazione di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in sede di recepimento di direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute.

2. L'individuazione è effettuata, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla presente legge, mediante uno o più accordi, sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le

regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.

3. L'individuazione è subordinata ad un parere tecnico-scientifico, espresso da apposite commissioni, operanti nell'ambito del Consiglio superiore di sanità, di volta in volta nominate dal Ministero della salute, alle quali partecipano esperti designati dal Ministero della salute e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e i rappresentanti degli ordini delle professioni di cui all'articolo 1, comma 1, senza oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, la partecipazione alle suddette commissioni non comporta la corresponsione di alcuna indennità o compenso né rimborso spese.

4. Gli accordi di cui al comma 2 individuano il titolo professionale e l'ambito di attività di ciascuna professione.

5. La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse.

ART. 6.

(Istituzione della funzione di coordinamento).

1. In conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari, disciplinato ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie di cui

all'articolo 1, comma 1, della presente Legge, è articolato come segue:

a) professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente ai sensi dell'articolo 4 della

legge 26 febbraio 1999, n. 42;

b) professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università

e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

c) professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

d) professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001, e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni.

2. Per i profili delle professioni sanitarie di cui al comma 1 può essere istituita la funzione di coordinamento, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, l'eventuale conferimento di incarichi di coordinamento ovvero di incarichi direttivi comporta per le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche interessate, ai sensi dell'articolo

7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, l'obbligo contestuale di sopprimere nelle piante organiche di riferimento un numero di posizioni effettivamente occupate ed equivalenti sul piano finanziario.

3. I criteri e le modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private sono definiti, entro novanta giorni dalla data di entrata

in vigore della presente legge, con apposito accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

4. L'esercizio della funzione di coordinamento e' espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

a) master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'universita' e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

b) esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

5. Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, e' valido per l'esercizio della funzione di coordinatore.

6. Il coordinamento viene affidato nel rispetto dei profili professionali, in correlazione agli ambiti ed alle specifiche aree assistenziali, dipartimentali e territoriali.

7. Le organizzazioni sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, nelle aree caratterizzate da

una determinata specificita' assistenziale, ove istituiscano funzioni di coordinamento ai sensi del comma 2, affidano il coordinamento allo specifico profilo professionale.

ART. 7.

(Disposizioni finali).

1. Alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione gia' riconosciute alla data di entrata in vigore della presente legge continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nelle rispettive fonti di riconoscimento, salvo quanto previsto dalla presente legge.

2. Con il medesimo procedimento di cui all'articolo 6, comma 3, della presente legge, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previa acquisizione del parere degli ordini professionali delle professioni interessate, si puo' procedere ad integrazioni delle professioni riconosciute ai sensi dell'articolo

6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

3. La presente legge non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.