

CONCORSO A PREMI “INFERMIERE DIRIGENTE, PERCHE”

(CANTINOTTI ENRICA) TESSERA N 1386 ISCRITTA DAL 23 -12 1993 PRIMA
ISCRITTA A MASSA CARRARA

Premessa e introduzione

La Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche si propone di fornire le competenze necessarie per sviluppare a livello elevato e in più contesti clinico-assistenziali, la capacità di analizzare i bisogni, pianificare, progettare e gestire interventi, valutare e fare ricerca. Le posizioni e le competenze del Laureato in Scienze Infermieristiche e Ostetriche spaziano dalla direzione del Servizio Aziendale di assistenza infermieristica, al coordinamento di un dipartimento o unità complessa, o di una équipe, al coordinamento dell'aggiornamento del personale e della formazione permanente, al ruolo di formatore, di docente etc.

Occupare queste posizioni richiede il possesso di competenze trasversali (oltre che di conoscenze specifiche) e la capacità di applicarle a diversi contesti.

A livello di funzioni professionali generali l'infermiere il medico l'ostetrica il fisioterapista hanno funzioni identiche quali ad esempio pianificare, prevenire, educare, formare. Le differenze sostanziali emergono quando ci si addentra nelle attività professionali che descrivono le attività peculiari di ogni categoria o obiettivi intermedi. Ciò che permette di fare distinzioni fra queste professioni è messo in luce proprio dalla definizione delle attività professionali e dai compiti. In ambito educativo/formativo la definizione degli obiettivi educativi e la relazione con gli atti professionali sono indispensabili per definire un corretto piano di autoformazione e per definire ciò che lo studente specialista in scienze infermieristiche deve essere capace di fare alla fine di un periodo di insegnamento/apprendimento e che non era capace di fare prima

Tipi di obiettivi educativi:

- **Obiettivi generali:** corrispondono alle funzioni del personale sanitario formato in una istituzione. Es: identificare e analizzare i problemi prioritari di salute per pianificare l'assistenza infermieristica
- **obiettivi intermedi:** sono ottenuti attraverso la scomposizione delle funzioni professionali in elementi chiamate attività. Es: rilevare i bisogni di assistenza infermieristica di una collettività o in una comunità
- **Obiettivi specifici:** corrispondono o derivano da compiti professionali precisi il cui risultato è osservabile e misurabile in base ad un criterio definito. Es effettuare una ricerca per rilevare i bisogni infermieristici di una comunità specifica

I diversi tipi di obiettivi formano un tutto o meglio il profilo professionale e ciò che da loro un senso sono le reciproche relazioni e subordinazioni.

Le Aree di competenza, le attività e i compiti definiscono il profilo professionale del Laureato Magistrale/Specialista nelle Scienze Infermieristiche come previsto dal “Decreto ministeriale 2 aprile 2001: Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie”.

Nella tabella sottoelencata sono descritte le aree di competenza e le attività professionali:

N°	Funzione o area	Attività Professionale	Compiti
----	-----------------	------------------------	---------

	di Competenza		
1	Assistenza	<p>1.1 Rileva i bisogni dell'assistenza infermieristica pertinenti alla specifica professione</p> <p>1.2 Valuta criticamente l'evoluzione dei bisogni assistenziali pertinenti alla specifica professione</p> <p>1.3 Progetta servizi assistenziali nell'ottica del miglioramento della qualità</p> <p>1.4 Gestisce i servizi assistenziali nell'ottica di miglioramento della qualità assistenziale</p> <p>1.5 Valuta i servizi assistenziali al fine di migliorare la qualità assistenziale</p> <p>1.6 Applica diversi modelli teorici nell'operatività dell'assistenza</p> <p>1.7 Valuta l'impatto di diversi modelli teorici nell'assistenza</p> <p>1.8 Svolge azioni di consulenza professionale sull'assistenza</p> <p>1.9 Supervisiona l'assistenza pertinente alla specifica figura professionale</p> <p>1.10 Utilizza informazioni di comprovata evidenza scientifica per un approccio personalizzato alle singole esigenze de gli utenti;</p> <p>1.11 Promuove il confronto multiprofessionale</p> <p>1.12 Approfondisce e sviluppa l'analisi storico-filosofica del pensiero assistenziale</p> <p>1.13 Approfondisce i principi e le tecniche della relazione di aiuto e della conduzione dei gruppi</p> <p>1.14 Contribuisce alla definizione di un piano sistematico di miglioramento continuo della qualità assistenziale;</p> <p>1.15 Definisce standard e</p>	<p>1.1 Presuppone una competenza intellettuale (interpretazione di dati), comunicativa e gestuale</p>

		<p>indicatori condivisi per la valutazione dell'assistenza pertinente;</p> <p>1.16 Applica le cognizioni fondamentali dei valori etico deontologici del rapporto tra persona, malattia, istituzioni, operatori al fine di sviluppare capacità di giudizio etico e assunzioni di responsabilità</p>	
2	Gestione	<p>2.1 Gestisce dei problemi di salute della comunità basata sul risultato della ricerca e su modelli assistenziali innovativi.</p> <p>2.2 Progetta modelli organizzativi dei servizi infermieristici o ostetrici nell'ambito dei servizi sanitari</p> <p>2.3 Attua modelli organizzativi dei servizi infermieristici o ostetrici nell'ambito dei servizi sanitari</p> <p>2.4 Valuta le competenze del personale per accrescere le potenzialità professionali</p> <p>2.5 Gestisce gruppi di lavoro e strategie per favorire processi di integrazione multiprofessionali</p>	
3	Formazione	<p>3.1 Progetta interventi formativi di base, specializzati e formazione continua</p> <p>3.2 Realizza interventi formativi di base, specializzati e formazione continua.</p> <p>3.3 Valuta interventi formativi di base, specializzati e formazione continua.</p> <p>3.4 Sviluppa capacità di insegnamento per la specifica figura professionale</p> <p>3.5 Sviluppa capacità di coordinamento del tirocinio nella formazione di base, complementare e permanente.</p> <p>3.6 Sviluppa capacità tutoriali del tirocinio, nella formazione di base, complementare e permanente.</p> <p>3.7 Svolge azioni di consulenza professionale</p>	

		<p>3.8 Approfondisce le conoscenze delle influenze socio-culturali e biopsichiche sul comportamento umano come base per una maggiore comprensione del se e degli altri</p> <p>3.9 Sviluppa l'insegnamento disciplinare infermieristico pediatrico ostetrico</p> <p>3.10 Approfondisce l'applicazione di modelli e strumenti di valutazione dei processi di apprendimento dell'efficacia didattica e dell'impatto della formazione sui servizi</p>	
4	Ricerca	<p>4.1 Utilizza i metodi della ricerca pertinenti alla figura professionale, nell'area clinico-assistenziale, nell'organizzazione e formazione</p> <p>4.2 Utilizza gli strumenti della ricerca per la specifica figura professionale nell'area clinico-assistenziale nell'organizzazione e formazione</p> <p>4.3 Svolge azioni di consulenza professionale</p> <p>4.4 Identifica specifici problemi e aree di ricerca in ambito clinico, organizzativo, formativo</p> <p>4.5 Verifica l'applicazione dei risultati di ricerca in funzione del continuo miglioramento di qualità assistenziale</p> <p>4.6 Sviluppa la ricerca e l'insegnamento rispetto a specifici ambiti della disciplina pertinente alla figura professionale e dell'assistenza</p>	
5	Educazione	<p>5.1 Analizza criticamente gli aspetti etici correlati all'assistenza</p> <p>5.1 Analizza criticamente gli aspetti etici correlati ai problemi multiprofessionali</p> <p>5.2 Analizza criticamente gli aspetti etici correlati i problemi multiculturali.</p>	

		<p>5.3 Svolge azioni di consulenza professionale</p> <p>5.4 Sperimenta strategie e interventi orientati alla complessità relazionale dell'assistenza pertinente per la specifica figura professionale e ai processi di educazione sanitaria</p> <p>5.5 Progetta e realizza in collaborazione con altri professionisti interventi educativi al singolo e alla comunità per l'autogestione e il controllo dei fattori di rischio</p>	
6	Prevenzione	<p>6.1 Progetta modelli assistenziali innovativi basati sul risultato della ricerca per la prevenzione dei problemi di salute</p> <p>6.2 Rende operativi modelli assistenziali innovativi basati sul risultato delle ricerche per la prevenzione dei problemi di salute</p> <p>6.3 Gestisce dei problemi di salute della comunità basata sul risultato della ricerca e su modelli assistenziali innovativi.</p> <p>6.4 Svolge azioni di consulenza professionale</p>	
7	Programmazione	<p>7.1 Progetta interventi organizzativi diversificati finalizzati allo sviluppo di una efficace ed efficiente azione professionale</p> <p>7.2 Coordina interventi diversificati finalizzati allo sviluppo di una efficace ed efficiente azione professionale</p> <p>7.3 Gestisce interventi diversificati al fine di una efficace ed efficiente azione professionale</p> <p>7.4 Comprende attraverso i metodi epidemiologici i bisogni sanitari della comunità al fine della programmazione dei servizi</p>	
8	Management	<p>9.1 Negozia le risorse del personale in relazione agli standard di competenze professionali e ai carichi di lavoro delle specifiche aree</p>	

		<p>9.2. Seleziona le risorse del personale in relazione agli standard di competenze professionali e ai carichi di lavoro delle specifiche aree</p> <p>9.3 Assegna le risorse del personale in relazione agli standard di competenze professionali e ai carichi di lavoro delle specifiche aree.</p> <p>9.4 Approfondisce le strategie di gestione del personale e i sistemi di valutazione dei carichi di lavoro</p> <p>9.5 Approfondisce i sistemi di valutazione e di accreditamento professionale</p> <p>9.6 Analizza l'evoluzione e i cambiamenti dei sistemi sanitari</p>	
--	--	--	--

Dopo tale elenco di competenze e attività credo che non ci siano dubbi sul chi deve dirigere gli infermieri.

Da tempo la dirigenza infermieristica sentiva l'esigenza di uscire dall'omogenità come previsto nel DPR 761/79 senza alcuna valorizzazione nei confronti di soggetti che avevano svolto percorsi formativi e studi approfonditi in ambiti clinici, assistenziale, gestionale organizzativo e di ricerca. Con in nuovo CCNL il dibattito si è fatto vivace e le linee di tendenza hanno riguardato la necessità di responsabilizzare le competenze cliniche avanzate e gestionali, valorizzare le specificità professionali e l'assunzione della diretta responsabilità in alcuni processi di lavoro.

Dall'analisi sopra descritta risulta evidente che solo il dirigente infermieristico può ricoprire un ruolo così specifico ed avere competenze avanzate in aree di competenza assistenziale, formativo, ricerca, prevenzione management sanitario, programmazione e gestione.

L'esperienza operativa quotidiana attesta che c'è bisogno che l'assistenza infermieristica sia coordinata e diretta dai professionisti infermieri dirigenti se si pensa al bene della persona assistita, quale altro professionista riuscirebbe a svolgere questa attività professionale senza le conoscenze intellettuali, comunicative e gestuali legate all'assistenza. La persona che chiede assistenza esprime bisogni particolari, desidera un'assistenza adatta a lui "personalizzata" e cerca un rapporto di fiducia con il professionista che l'assiste.

Infatti, il bisogno di assistenza è un "fatto relazionale", cioè a dire che è "nella situazione" e "grazie alla relazione" che il paziente può esprimere i suoi bisogni, soprattutto nelle loro dimensioni soggettive. E' per questi motivi che l'assistenza infermieristica è phrònesis: non solo scienza, non solo tecnica, non solo etica ma saggezza pratica, per questo sostengo che il dirigente infermieristico non deve

svolgere solo un processo di “decision-making, ma anche un processo di sense-making

Il presente lavoro intende affrontare i nodi dei ruoli direttivi e della dirigenza infermieristica e l'impatto della normativa recente per la professione, alla luce della firma, in data 10 febbraio 2004, del CCNL integrativo del “CCNL dell'area della dirigenza ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo del SSN stipulato l'8 giugno 2000”.

Parole chiave: ruoli direttivi, dirigenza infermieristica, impatto della normativa. La normativa sulla professione infermieristica ha avuto in Italia una forte evoluzione che ha ridisegnato la figura infermieristica. Ma ci sono tre dati di realtà critica incontestabili: il primo, è la difficoltà a tradurre la vera autonomia nella quotidianità lavorativa, il secondo è la lentezza nell'applicazione della più recente normativa all'interno delle aziende, il terzo è rappresentato dall'inadeguatezza salariale collegata alle maggiori responsabilità. Questi elementi, che hanno anche una connotazione culturale, si riflettono negativamente sui ruoli direttivi e sulla dirigenza infermieristica, che necessita sì di tempi d'evoluzione adeguati, ma anche di una più attenta valorizzazione dal punto di vista della declinazione interna aziendale e manageriale.

Dove siamo oggi

La Legge n. 251/2000 ha sancito chiaramente delle nuove possibilità, ma non ha fissato nessun obbligo fermo e nessuna convenienza, perlomeno sui tempi brevi (i soli lassi in cui i manager sono soliti ragionare, sia per i ritorni economici sia d'immagine), per le Regioni e le aziende sanitarie che vorranno applicarla. Anzi, considerata la scarsa univocità, potrebbe porre le premesse per nuovi grossi conflitti. Non è vincolante nel disporre la creazione di dirigenti infermieristici, limitandosi a vincolare il Governo all'emanazione della relativa disciplina concorsuale, ed invitare le Regioni all'istituzione, sempre che lo desiderino. Inoltre, se ben interpretiamo la legge, ci pare che si ragioni più in termini di soppressione e trasformazione di un numero equivalente di posti di dirigente sanitario, cosa completamente irragionevole da un punto di vista manageriale in tempi in cui si saluta la nascita di nuovi “ruoli” che non sono in sostituzione di poteri vecchi.

Ancora sulla questione della dirigenza infermieristica, dopo il sì del Senato del 25 Marzo 2004 al “progetto di riforma istituzionale” per la devolution, alle Regioni sarà attribuita sempre più l'esclusività sulla sanità. Quanto sopra potrebbe inficiare non poco la capacità d'indirizzo unico centrale verso il livello locale, creando i presupposti per un “diverso” riconoscimento regionale “di fatto” dei ruoli dirigenziali della professione infermieristica.

Le “code” della dirigenza sanitaria non medica, appena approvate, conterrebbero una sorpresa positiva: l'applicazione di quanto previsto dalla Legge n. 251/2000 (capo III, art. 39), con l'istituzione della “qualifica unica” di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della professione ostetrica, inserito nell'area III di contrattazione di cui al CCNQ del 25 novembre 1998. La copertura degli oneri derivanti dall'attuazione del comma 2, è a carico dei bilanci delle aziende, che vi provvederanno nella propria autonomia decisionale.

La disciplina concorsuale è però rimandata a data successiva con regolamento ministeriale, con i requisiti previsti dall'art. 26 del Dlgs n. 165/2001 per la dirigenza del Servizio sanitario nazionale (concorso pubblico per titoli ed esami, diploma di laurea, cinque anni di anzianità di servizio corrispondente nella medesima professionalità in cat. D o DS, ndr).

Di particolare rilevanza è l'art. 42, comma 4, che citando un "periodo transitorio", stabilisce come possono essere conferiti incarichi di dirigente di cui al comma 1, triennali, provvisori e fiduciari, da parte del Direttore Generale. Essi sono rinnovabili e sono assegnati attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di esperienza e qualificazione professionale predeterminati. I candidati devono avere almeno il possesso: del diploma di dirigente dell'assistenza infermieristica rilasciato dalle ex scuole dirette a fini speciali o di diploma di formazione manageriale – conseguito in corsi di perfezionamento o similari, rilasciato da Università o da altre istituzioni pubbliche od equiparate – attestante un percorso formativo che – per contenuti e durata – sia ritenuto idoneo come requisito dall'azienda; di esperienza professionale – non inferiore a cinque anni di servizio a tempo indeterminato – maturata nella cat. D, ivi compreso il livello economico DS, dello specifico professionale.

Tuttavia, in via provvisoria, l'incarico di cui al comma 1, può essere conferito dalle aziende anche al personale già indicato nell'art. 7, comma 2 della Legge n. 251/2000 ed alle condizioni ivi previste per il coordinamento della specifica area professionale di cui agli artt. 2, 3 e 4 della stessa legge (cioè, ai sensi dell'art. 15-septies, comma 2, DLgs 30 Dicembre 1992, n. 502, ndr).

Idem per quanto riguarda le Regioni che hanno deliberato norme per l'attribuzione della funzione di direzione specifiche per ogni area professionale (esistono norme, anche molto diverse, nei DGR o PSR di alcune Regioni, ndr).

Insomma, per il momento, tra transitorietà e provvisorietà, fin troppe sembrano le possibilità, e non c'è di che essere sicuri di una linea "comune" di condotta, adottata da parte di tutte le aziende che intendano implementare le normativa sulla dirigenza infermieristica.

Infine, sempre sulla questione della dirigenza, che ci sta particolarmente a cuore, leggiamo e rileggiamo attentamente le ultime norme, ma ahimè inutilmente, in cerca di una via che permetta di estendere il ruolo dirigenziale nelle professioni sanitarie anche al di là del dirigente infermiere "centrale". Ancora prima c'era poco più di un accenno nella Legge n. 251/2000 rispetto ai dirigenti infermieristici "di area" (Medica, Chirurgica, Emergenza, Territoriale e, trasversalmente, Gestione-Organizzazione, Formazione): sarà adesso una rara possibilità, che dovrà fare i conti con le risorse di bilancio aziendali, la disponibilità dei Direttori Generali, il ridimensionamento della rete dei servizi. L'impatto che può avere la direzione infermieristica sul Servizio Infermieristico, qualora formata da una sola persona ovvero un gruppo di persone, mi sembra però grande e, soprattutto, significativamente diverso.

Il Dipartimento dell'Assistenza

Il processo di istituzione del Dipartimento dell'Assistenza - fatte queste debite premesse e in sintesi - può a sua volta, essere ricondotto a due prospettive generali. La prima, è nel riconoscimento che la responsabilità professionale infermieristica non si esercita solo su frammenti di realtà "gli uni separati dagli

altri". E' quest'idea di "processualità" che sta alla base della necessità strutturale della dovuta presenza della professione infermieristica sia nella negoziazione del budget che nella precisa "declinazione" degli obiettivi a livello delle "diverse" articolazioni aziendali (in congruenza con l'organizzazione aziendale ai sensi del DLgs n. 229/99, art. 17-bis che individua nel dipartimento il modello ordinario di gestione). In questo caso, è logico e doveroso pensare al dirigente infermieristico centrale come e alla pari dei direttori di struttura complessa aziendale.

La seconda, risolvere il dilemma tra direzione di linea (competenze operative gerarchiche), ovvero di staff alla Direzione Generale (o Direzione Sanitaria, o alla Direzione medica ospedaliera) che lascia però invariato il rapporto di dipendenza degli infermieri rispetto alle singole U.O.

Probabilmente sono valide entrambe le scelte (non siamo più ai tempi dei rigidi schemi della Legge n. 130/69 ed è normale che ogni azienda adotti la scelta più adeguata); riteniamo che l'importante sia uscire dal confino della funzione infermieristica che ha fatto male non soltanto alla categoria, ma anche a quegli stessi medici e dirigenti attuali con un'apertura di vedute più all'avanguardia rispetto i tempi...

Fondamentale resta comunque il riconoscimento formale del Dipartimento dell'Assistenza, quale Unità operativa complessa, modello organizzativo delle attività per le Unità operative professionali.

Conclusioni

A me sembra, avendo iniziato a progettare e, forse, intravedere concretamente, qualche inizio di esperienza operativa, che sia indispensabile perseguire realmente, completamente, questo passaggio della professione infermieristica verso la dirigenza: ricercare ciò, significa ricercare il significato e il senso della stessa organizzazione sanitaria delle aziende, ma anche, in generale, del nostro Paese.

Nel caso contrario, i nodi quotidiani e urgenti dell'esercizio professionale, incontrati nella stessa prassi assistenziale, ormai all'ordine del giorno, certamente si discutono, ma alla fine rischiano veramente di non essere mai sciolti.

Riferimenti normativi

- DLgs n. 502/1992, art. 15-septies comma 2;
- DLgs n. 517/1993;
- DLgs n. 29/1993, art. 26;
- Legge n. 251/2000, art.1 comma 3; art. 6 comma 2; art. 7 comma 3;
- PSN, PSR, leggi ed indirizzi Regionali;
- CCNL integrativo del CCNL dell'area della dirigenza ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo del SSN stipulato l'8 giugno 2000;

Legge 10 agosto 2000 n. 251 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.