

La valorizzazione del ruolo infermieristico nel Dipartimento Chirurgico I°: il modello organizzativo

A cura di:
Cristina Veroni
Infermiera

La “valorizzazione del ruolo infermieristico” è il titolo dato al Quarto Seminario Dipartimentale svoltosi nel maggio 2003: esso rappresenta un nuovo contributo, elaborato dagli infermieri e destinato agli infermieri del Dipartimento Chirurgico I°, all'interno del percorso di formazione dipartimentale iniziato nel 1998, anno in cui si è dato inizio al I° Seminario Dipartimentale dal titolo “La dipartimentalizzazione nella nostra realtà aziendale”.

La breve ma intensa esperienza che ho trascorso nell' U.O. di Chirurgia Degenera Breve mi ha offerto l'occasione di tentare di riallacciare connessioni tra le due tematiche seminariali di diretto interesse infermieristico.

Gli infermieri di recente assunzione nella nostra azienda potranno, forse, in questo tentativo, trovare alcune coordinate concettuali utili ad orientare all'interno della propria realtà operativa dipartimentale la propria prassi quotidiana così fresca, per quelli appena diplomati, di acquisizioni teoriche.

Gli infermieri che invece, come me, da un certo numero di anni operano in questa azienda, potranno, forse, esattamente come me, cercare di ricostruire, anche se sinteticamente, una memoria che dia sostegno e significato all'agire quotidiano; potranno, insieme a me, cercare di rintracciare in questa memoria, al di là della specificità offertaci come modello dal dipartimento chirurgico I°, l'elemento a mio giudizio più significativo: rafforzare in noi la consapevolezza del grande valore dell'esperienza e della competenza; esse possono innescare un processo di revisione e affinamento delle nozioni teoriche nei confronti della realtà operativa di altissimo valore. L'ultimo decennio per la professione infermieristica - e per l'intero sistema sanitario del paese - è stato un periodo di grandi innovazioni, turbolenze, tensioni e, per gli infermieri, di grandi conquiste. Dal 1992, anno di attivazione dei primi diplomi universitari, ad oggi la crescita della professione è stata impetuosa e in un arco di tempo relativamente breve si sono modificate radicalmente le norme che regolamentano la formazione e l'esercizio professionale infermieristico. Affermare poi che per esercitare la professione infermieristica in Italia è richiesta la Laurea significa coronare d'alloro tutto un insieme di conquiste. Avere infermieri laureati significa sancire definitivamente che *esiste un sapere infermieristico, conosciuto e applicato esclusivamente dagli infermieri; esiste una specificità infermieristica che è unica e distintiva che nessun'altra professione può offrire, esercitare ed insegnare perché frutto di un sapere autonomo in grado di dialogare e di interagire con altri saperi ma con una sua precisa identità.* Da qualche tempo gli infermieri si chiedono se la realtà attuale del sistema sanitario italiano sia tale da costituire l'humus adeguato per ottenere il completo riconoscimento del ruolo, della funzione e della professionalità dell'infermiere italiano; al medesimo tempo, si pongono il problema di definire quali siano i contenuti, le conoscenze e le competenze in rapporto alle necessità di salute del cittadino. In questo senso, pensare a una professione che differenzia e stratifica le com-

petenze, ci porta al grande tema dell'organizzazione: la competenza avanzata infatti non è in grado da sola di portare risultati perché ha bisogno di modelli organizzativi pertinenti per diventare ricchezza. L'organizzazione infatti non è mai fine a se stessa, ma rappresenta uno strumento per raggiungere determinati risultati, a partire da un'attenta analisi degli scopi che persegue (mission), dell'ambiente con cui si interfaccia, delle risorse disponibili e/o acquisibili e della cultura nella quale si sviluppa.

Le organizzazioni sanitarie sono organizzazioni complesse; il modello gerarchico, sul quale da sempre si sono modellati gli ospedali, e l'assistenza infermieristica, ha continuato ad essere (insieme alla concezione medicocentrica della salute) pressoché l'unico modello di riferimento per l'organizzazione, in modo tale che un certo tipo di esigenze professionali hanno continuato ad avere il sopravvento su quelle dell'utenza.

Gli infermieri si sono chiesti se e quanto l'attuale *organizzazione dipartimentale* rappresenti un modello capace di rispondere in modo efficace alla domanda assistenziale del cittadino, e, al tempo stesso, in quale modo essa riesca a creare le condizioni che consentono agli infermieri di esprimere e/o acquisire al meglio le proprie competenze: per rispondere dobbiamo tornare per un istante all'atto di nascita dei Dipartimenti.

Nel 1992 il Parlamento con la legge 23 ottobre n° 421 ha delegato il Governo ad attuare una razionalizzazio-

ne di alcune materie cruciali per la finanza pubblica con una revisione di alcune discipline tra cui la sanità. Da questa delega deriva il Dlgs 502/92 che pone in essere il processo di aziendalizzazione; nel 1999 poi, con un'ulteriore riforma si assiste a una messa a punto ancor più sofisticata e analitica dei meccanismi di responsabilizzazione delle aziende e di regolamentazione dei relativi assetti di governance, che tiene conto delle esperienze fatte e dei problemi evidenziati negli ultimi anni, fino a scendere in non pochi aspetti fino a disposizioni di carattere organizzativo. La programmazione assume un ruolo determinante, l'attenzione comincia a focalizzarsi sull'appropriatezza degli interventi, sull'efficienza organizzativa e sulla razionalità delle scelte distributive. Si pone mano all'organizzazione del lavoro, prendendo atto del fatto che l'esclusiva relazione gerarchica tra le figure gestionali e i "professionals" dimostra non solo tutta la sua debolezza ma tende anche a produrre distorsioni organizzative oltre che difficoltà nel raggiungimento di risultati di tipo complesso. Non è infatti possibile semplificare quello che è complesso, bisogna essere in grado di negoziare le incertezze, le contraddizioni insite nel sistema, la complessità è ineludibile. I problemi complessi non possono essere affrontati in maniera frammentaria, ma attraverso la responsabilizzazione e l'integrazione dei saperi e dell'agire. L'indebolimento della percezione del globale conduce all'indebolimento della responsabilità (in quanto ciascuno tende a essere responsabile solo del suo compito specializzato), nonché all'indebolimento della solidarietà (in quanto ciascuno non sente più il legame con gli altri). L'approccio della professione, inoltre, per anni si è basato sulla *dipendenza assistenziale*: gli infermieri ritenevano che la loro presenza vicino alle persone fosse legata pesantemente alla incapacità di queste a provvedere autonomamente ai biso-

gni o alle attività di vita quotidiane. Oggi il paradigma di riferimento è cambiato: i pazienti sono diversi; le loro esigenze si sono modificate; le competenze degli infermieri permettono di realizzare un passaggio rilevante dal modello della dipendenza a quello della complessità. *Accertare se un paziente ha bisogno o meno di assistenza e di quale assistenza è un processo complesso*: significa affermare che tra i pazienti, alcuni hanno bisogno di maggiore intensità assistenziale, altri di meno o addirittura che non hanno bisogno di infermieri: passare da una logica dell'uguaglianza a una dell'equità per garantire agli utenti ciò di cui hanno bisogno e *modulare l'intensità della presenza infermieristica. Uno strumento che cerca oggi di rispondere con più efficacia alla domanda assistenziale del cittadino utilizzano al meglio le risorse disponibili è rappresentato dalla struttura dipartimentale*. Nella nostra realtà aziendale i Dipartimenti vengono istituiti nel 1997 in ottemperanza al Dlgs 502 prima citato, privilegiando l'aggregazione per funzioni, attuando una importante ristrutturazione organizzativa e strutturale che coinvolge 42 unità operative di tutte le aree ospedaliere, creando dieci dipartimenti-aree funzionali.

Il dipartimento-Area chirurgica prima viene coinvolto in modo significativo; a seguito del riassetto organizzativo-strutturale si rende necessario ridisegnare l'assegnazione e i ruoli di tutti gli operatori, anche alla luce delle nuove esigenze funzionali di assistenza. Il vissuto storico di alcune unità operative dell'area chirurgica prima, che già operavano con settori assistenziali differenziati, ha aperto il cammino ad una nuova integrazione dipartimentale, proponendo l'organizzazione della attività del dipartimento chirurgico secondo l'innovativo modello per aree di intensità assistenziale. Il modello proposto presuppone la creazione di strutture caratterizzate da un assetto organizzativo tale per cui i pazienti trovano collocazione e si spostano

nei differenti settori funzionali in base al tipo di necessità assistenziale. (livelli: basso - medio o ad alta intensità assistenziale)

Questa organizzazione corrisponde alla cultura e alla pratica infermieristica da sempre orientate all'erogazione di un'assistenza mirata ai bisogni di vario grado delle persone più che alla loro patologia in quanto tale. La logica dipartimentale è basata sull'integrazione, sul coinvolgimento, sulla condivisione e sull'approccio multidisciplinare alla persona.

Viene superata la logica del "mio" e del "tuo", con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale.

Ogni operatore trova nel dipartimento le opportunità per sentirsi protagonista attivo contribuendo in prima persona al raggiungimento degli obiettivi dipartimentali. La partecipazione ai progetti è assicurata da una rete dipartimentale ben strutturata di professionisti infermieristici e medici, i quali coagulando le loro conoscenze e competenze professionali, elaborano metodologie di lavoro e strumenti operativi comuni in grado di garantire la continuità assistenziale: pensiamo ad esempio ai gruppi di lavoro per la realizzazione della Cartella infermieristica dipartimentale, alla Lettera di dimissione integrata medico-infermiere, alla grande risorsa teorico-programmatica che rappresentano gli Audit clinici in cui oggi l'infermiere può e deve esprimere il suo contributo.

La promozione di una *cultura d'integrazione* dipartimentale delinea il percorso caratterizzandone le parole chiave: continuità assistenziale, integrazione dei professionisti, valorizzazione delle competenze e delle professionalità, sviluppo professionale continuo.

Dobbiamo ricordare che la misura dell'attività assistenziale non è solo direttamente legata alla quantità di cose che gli infermieri sono chiamati a fare ma anche all'impegno intellettuale che dedicano quando pensano, progettano, elaborano, ricercano,

scelgono gli interventi. Nei *seminari infermieristici dipartimentali* trovano un'adeguata esplicitazione l'andamento dei progetti in itinere e la programmazione futura; i relatori sono spesso gli stessi operatori, i contenuti hanno dunque sempre diretto e rilevante interesse professionale, con tematiche multidisciplinari che coinvolgono in modo specifico il dipartimento e sono contestualizzabili nel quotidiano. Essi dunque orientano il cambiamento e sviluppano la cultura dipartimentale.

Se infatti il meccanismo attivato sia dalla legge 42/99 (abrogazione del mansionario) che dalla 251/2000 (laurea e dirigenza agli infermieri) è essenzialmente culturale, il grande regista del cambiamento della professione infermieristica non può che essere la formazione, che fino ad oggi è però stata "ingessata" valorizzando solo la laurea e spingendo in basso competenze e conoscenze acquisite attraverso altri percorsi professionalizzanti; il vero apprendimento di competenze si compie infatti in un contesto di realtà: da qui l'importanza che assume l'apprendimento clinico e l'identificazione degli ambiti in cui esso debba essere svolto.

Gli attori della programmazione dei percorsi formativi dipartimentali sono sempre gli infermieri che nelle figure del Responsabile Infermieristico di Dipartimento e dei Coordinatori infermieristici delle unità operative implementano progetti di sviluppo professionale che in concerto con la Direzione Infermieristica sono rivolti alla valorizzazione del ruolo infermieristico. Il Dipartimento è dunque un'organizzazione che apprende. Il continuo adattamento a nuove o mutevoli condizioni, l'autorinnovamento, l'autogenerazione per la creazione di nuove idee e, di conseguenza la produzione di nuova coscienza e di apprendimento, conduce l'intero sistema verso livelli culturali più vantaggiosi.

Il sistema organizzativo diventa così fattore differenziale per creare opportu-

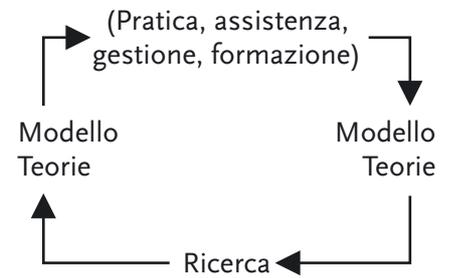
nità di sviluppo di competenze, processi e risultati. L'approccio filosofico è quello olistico, secondo cui il comportamento di un sistema è una caratteristica irriducibile della sua globalità.

Il Dipartimento quale sinergico rapporto delle varie professionalità è rispecchiato in assunzioni proprie della Scienza infermieristica e, in particolare, nei principi di omeodinamica del modello concettuale di Martha E. Rogers, con i concetti di interazione costante e reciproca, cambiamento reciproco e flusso ritmico di energia, concetti in linea con i recenti sviluppi della fisica. Ogni operatore è fondamentale e fornisce e riceve energia per la sua stessa rigenerazione. L'infermieristica è una disciplina applicata in grande evoluzione e sono necessari percorsi formativi qualificati, ma anche la capacità di continuare a riflettere criticamente sulla propria pratica professionale per migliorarla.

Uno dei problemi che più ha fatto discutere negli ultimi anni coloro che si occupano di formazione infermieristica è rappresentato dalla differenza tra teoria e pratica. L'entità di questo problema potrebbe addirittura aumentare se la sede di formazione universitaria venisse vista come la sede privilegiata di formazione teorica rigorosa e scientifica, mentre nelle realtà operative la professione si esprimesse soprattutto su criteri non rigorosi e scientifici. L'"Eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza" di Patricia Benner, ha dato, per citare un esempio fra tanti, un significativo contributo al tema e al valore dell'esperienza infermieristica.

La formazione oggi di un numero consistente di ricercatori orientati alla pratica dell'infermieristica permette di risolvere molte sfide che la professione deve fronteggiare, e tra esse quella di far valere il ruolo dell'infermieristica nelle istituzioni della salute.

Il "ciclo ideale":



Bibliografia:

Ann Marriner-Tomey, *I teorici del Nursing e le loro teorie*, McGraw-Hill, 1996.
 Basetti O., *Lo specifico infermieristico*, Rosini Editrice, Firenze, 1993.
 Chiappi S., *Un "modello" per l'organizzazione sul territorio, ne "L'infermiere"*, n° 6/2003.
Le leggi e gli infermieri: Le tappe fondamentali della legislazione di interesse infermieristico negli ultimi dieci anni, nell'Inserito redazionale al n. 5/2003 de "L'Infermiere".
 Cosmacini G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Bari, 1987.
 Lemmi M., *L'intensità di cura: utopia o realtà*. Raccolta atti seminari infermieristici del Dipartimento Chirurgico primo, 1998-99.
 Malvoni O., *Infermieri protagonisti di un dipartimento chirurgico strutturato per intensità assistenziale*, in "Management Infermieristico", N° 2/2003, Lauri Edizioni.
 Manzoni E., *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*, Masson S.p.A., Milano, 1997.
 Palese A., *Linee di tendenza nella formazione pratica degli studenti infermieri*, in "Il Diploma Universitario di scienze infermieristiche", Atti XIII Convegno Regionale, Forlì 14 ottobre 1995.
 Palese A., *La risorsa infermieristica nel Servizio sanitario nazionale*, in Insetto redazionale - al n. 10/2002 de "L'Infermiere".
 Silvestro A., *Il progetto degli infermieri per una sanità al servizio dei cittadini*, in "Insetto redazionale - al n. 10/2002 de "L'infermiere".
Linee guida e governo clinico: come riconciliare il mezzo con il fine? Agenzia sanitaria regionale, Centro di documentazione per la salute, Regione Emilia-Romagna, dic. 2001.