

La formazione infermieristica e la figura del Direttore delle attività didattiche professionalizzanti

Giovanna Artioli, Professore a contratto Corso di Laurea in Infermieristica

In collaborazione con:

Chiara Canini, Debora Coppola, Pasquale Di Fronzo, Denise Garattoni, Nunzia Montesanto, Claudio Prandelli

Studenti del Master di II livello Strategie Formative in Ambito Sociale e Sanitario; Standard Europei ed Innovazione – anno accademico 2023-2024

Dipartimento di Medicina e Chirurgia – Università di Parma

Coordinamento dei Direttori delle attività didattiche professionalizzanti – Regione Emilia Romagna

Introduzione

La nascita della formazione infermieristica di tipo professionale è, tutto sommato, piuttosto recente, in quanto identificabile con modello delle scuole convitto proposto dalla Nightingale, che dall'Inghilterra di fine '800 si diffuse nel corso dei primi due decenni del '900 negli altri paesi europei, Italia inclusa. Esso, "corrispondeva pienamente, da una parte, all'esigenza dell'alta borghesia di avere figure infermieristiche qualificate e all'altezza della clientela, dall'altra all'esigenza dei medici di disporre di personale qualificato al quale delegare una serie di compiti tecnici" (Artioli G., 2000).

Le tre fasi evolutive della formazione infermieristica in Italia e i ruoli di gestione

In Italia, il modello di formazione professionalizzante si sviluppa sostanzialmente attraverso tre importanti fasi evolutive.

La prima fase è caratterizzata dalla nascita delle scuole convitto (ad opera soprattutto della Croce Rossa italiana), che rimarranno attive fino agli anni 70 e normate dal Regio Decreto del 1925. Nello specifico, la normativa riguardo le scuole convitto per infermieri in Italia ha subito diverse evoluzioni. Inizialmente, le scuole convitto furono istituite con il Regio Decreto 1832 del 1925, per ufficializzare la figura dell'infermiera professionale. Successivamente, la legge 124 del 1971 sopprime l'obbligo di internato e cambiò la denominazione in "Scuole per infermieri professionali". La seconda fase ha avvio con l'apertura delle scuole professionali per infermieri, normate dall'Accordo di Strasburgo (1967) che tende ad uniformare gli standard formativi del personale infermieristico professionale nei paesi della Comunità Europea (CE). L'Accordo di Strasburgo sull'istruzione e formazione delle infermiere, firmato il 25 ottobre 1967, è un accordo

internazionale che stabilisce i requisiti minimi per la formazione delle infermiere professioniste nei paesi membri del Consiglio d'Europa. L'obiettivo è garantire un livello minimo di qualificazione e consentire la libera circolazione degli infermieri tra i paesi firmatari. Le scuole sono affidate ai grandi istituti ospedalieri e alle Regioni. Il terzo passaggio fondamentale è l'ingresso della formazione infermieristica in Università a partire dal 1996 (D.M. 1996). Il filo rosso che ha tenuto uniti questi passaggi trasformativi della formazione infermieristica è, a mio parere, la finalità di costruire una identità professionale negli studenti riferita a standard elevati sanciti finalmente per normativa dal profilo professionale dell'infermiere del 1994, con l'approvazione del DM 739/94 che identifica il profilo professionale dell'infermiere, dal superamento del mansionario e dai codici di deontologia professionale, costantemente aggiornati prima dai Collegi e poi dagli Ordini professionali. Il Codice deontologico dell'infermiere in Italia detta le regole di condotta e di indirizzo etico dell'infermiere, costituendone il fondamento e la natura, nella sua. Il primo codice deontologico è stato approvato nel 1960. Successivamente si ebbe la seconda stesura, nel 1977. Nel 1996 venne emanato un documento a valenza etico - deontologica denominato Patto Infermiere - Cittadino, che divenne parte integrante della terza versione di Codice, quella del 1999. A distanza di dieci anni, le mutate esigenze ed il cambiamento di scenario permettono il nascere della quarta versione, per l'appunto, 2009. Successivamente, è in vigore la quinta e la sesta stesura. Il codice deontologico è stato aggiornato, infatti, il 14 Aprile 2019 e poi nel 2025, con l'approvazione da parte del Consiglio Nazionale FNOPI.

La struttura delle scuole era di tipo militaresco con le scuole convitto, ma la loro gestione era affidata a Infermiere Diplomate, le Direttrici, che si avvalevano di collaborazio-

ni di altro personale infermieristico per le docenze e per i tirocini. Tipici di questo periodo erano i 'reparti scuola', reparti cioè che, pur essendo clinici, erano gestiti da personale didattico e dagli stessi studenti in formazione. Il passaggio dalle scuole convitto alle scuole professionali per infermieri mantiene pressoché inalterata la struttura gestionale e didattica della formazione. In diverse situazioni le Direttrici delle scuole 'laiche' per infermieri vengono dalle stesse scuole di Croce Rossa, pertanto risulta facile riproporre l'organizzazione e il funzionamento, tra l'altro considerato molto efficace. La struttura educativa prevedeva infatti un Direttore didattici, Infermiere, Caposala didattici, uno o più di uno a seconda del numero di studenti, per ogni anno di corso, che si occupavano sia del percorso teorico (nella programmazione del curriculum e nella docenza) e del tirocinio, mantenendo legami forti con le sedi in cui lo studente avrebbe svolto la sua attività clinica. Con il passaggio della formazione infermieristica in Università si assiste a cambiamenti davvero radicali e differenziati sul territorio nazionale: il responsabile del corso è un Presidente, di norma non afferente alla figura professionale infermieristica, la docenza diviene per lo più accademica, con docenti già strutturati in Università e il Direttore delle Scuole pre-esistenti, che vengono sostituite completamente dalla formazione universitaria, scompare o diviene il coordinatore delle sole attività di tirocinio.

Il Direttore delle attività didattiche professionalizzanti: un approfondimento sulla figura

Dagli anni 2000, anche grazie al lavoro della Conferenza permanente dei corsi di laurea in Infermieristica, si è cercato di elaborare un modello di formazione professionalizzante, in Università, che tenesse conto del valore della formazione accademica e del valore della formazione clinica e professionalizzante. Anche se con funzioni e denominazioni ancora diverse a livello nazionale, i coordinatori del tirocinio sono stati riconosciuti figure di spessore nella formazione dell'identità professionale e hanno acquisito denominazioni diverse fino a divenire Direttori delle attività didattiche professionalizzanti (DADP) (Bielli S. et al 2016).

Questo processo evolutivo della figura ha generato interrogativi e stimoli che ha condotto il Coordinamento dei DADP della regione Emilia Romagna a proporre di attivare una ricerca qualitativa sul ruolo di questa figura andando a intervistare gli stakeholders principali, aziendali e Universitari, che con questa figura hanno relazioni privilegiate nella quattro Università della regione (Parma, Modena e Reggio Emilia, Bologna e Ferrara) e nelle Aziende

sanitarie che, in convenzione, collaborano alla formazione infermieristica. La ricerca intendeva raccogliere le percezioni di questo ruolo da parte degli Universitari (Presidenti di corso, coordinatori universitari dei corsi di laurea, docenti e studenti) e dei professionisti Aziendali (docenti a contratto, tutor didattici, tutor clinici, coordinatori infermieristici, Direttori assistenziali, Direttori strategici).

La ricerca, portata avanti in modo particolare da alcuni professionisti/studenti del Master di II livello in Strategie formative dell'Università di Parma, è giunta oggi a risultati preliminari, che verranno socializzati in diverse forme.

Con questo contributo, intenderei proporre ai lettori alcune domande e riflessioni non tanto e solo che scaturiscono dai risultati dello studio, ma dall'intero processo di ricerca, non ancora concluso.

La prima domanda che il gruppo di ricerca si è posto è stata: come si colloca questa figura nel contesto educativo italiano?

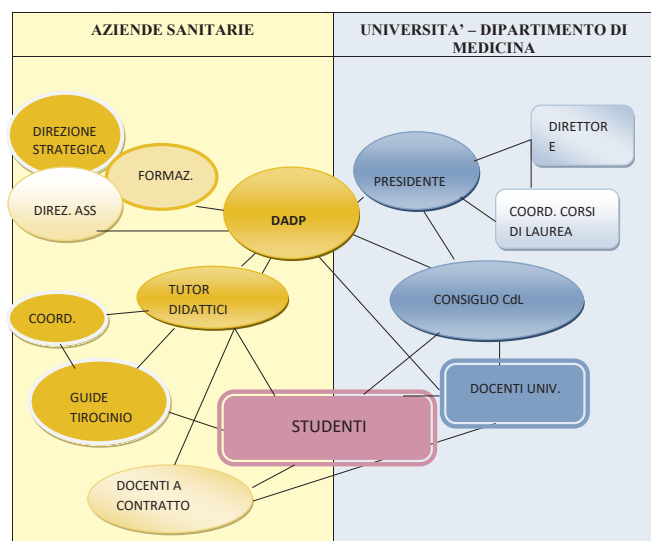
Il modello italiano della formazione infermieristica in Università

Il percorso di ricerca ci ha portato a cercare documenti, norme, organigrammi sui siti delle Università, operando un confronto che ha delineato un quadro eterogeneo tra le Università e le regioni e certamente in progressiva evoluzione. Ad esempio, le differenze di collocazione della figura del DADP nell'ambito della formazione o della Direzione assistenziale in Azienda potrebbero avere influenze diverse sulle competenze del DADP e sulle sue relazioni all'interno dell'Azienda sanitaria. Se il DADP rimarrà afferente alle Aziende sanitarie, forse sarà importante definire e uniformare la sua afferenza, all'area educativa e di sviluppo o all'area gestionale.

Il riconoscimento che questa figura sia un 'ponte' fondamentale tra Accademia e Aziende Sanitarie è univoco. Tuttavia, in questa strategica, ma impegnativa collocazione, si rischia di accentrare su questa figura troppe funzioni e responsabilità, anche amministrative, che rischiano di allontanarla dalla sua principale responsabilità, quella di attivare tutte le risorse a sua disposizione per formare l'identità specifica dell'infermiere. Tra i possibili rischi di questo fenomeno è sicuramente la distanza che si viene a creare tra le figure del DADP con le guide di tirocinio e a volte anche con gli studenti, i primi con responsabilità primarie nella formazione clinica degli studenti e i secondi, soggetti della mission stessa del DADP.

Si potrebbe quindi declinare un modello di formazione infermieristica in Università, in Italia, seppur con differenze non sostanziali tra le diverse Università (Figura 1).

Figura 1. Modello della formazione infermieristica in Italia (declinato non in funzione gerarchica, ma funzionale (liberamente elaborata dall'autore)



La figura 1 mostra una sintesi del modello di formazione infermieristica in Università, in Italia, che si è sviluppato nel tempo e che ha indubbiamente punti di forza e di debolezza.

Probabilmente, il punto di forza più evidente è la strutturazione articolata degli attori e delle competenze degli attori della formazione professionalizzante (DADP, tutor didattici, guide di tirocinio), professionisti tutti formati specificamente per svolgere questo ruolo. Si ricorda che anche le guide di tirocinio (infermieri presenti nelle sedi di tirocinio, seguono corsi specifici di formazione. Un secondo vantaggio di questo sostanziale inserimento in Azienda di queste figure di educatori è la capacità di permeare tutta l'unità operativa (e forse l'intera azienda) di questa dimensione pedagogica esperienziale che coinvolge tutto il personale presente nella Unità operativa, dal coordinatore, all'infermiere, al medico e ad altri professionisti. Si è venuta a creare una 'rete formativa forte', costruita nel tempo e ora consolidata che riflette una vision aziendale educativa.

Anche la separazione dei due mondi, Università e Aziende, diviene più sfumata e permeabile, anche se ancora la gran parte degli attori infermieristici che costituiscono questa rete afferiscono alle Aziende e solo alcuni di questi hanno afferenze funzionali con L'università.

Alcune riflessioni

Sulla base della ricostruzione di massima di questo modello, su cui già si potrebbero aprire diverse riflessioni, sorgono però altre domande e spunti di discussione:

Questo modello, tutto italiano, nato e cresciuto dalla nostra storia di formazione infermieristica e adattato allo sviluppo di tale formazione in Università, è solo una fase di passaggio è ancora una fase di passaggio dei professio-

nisti infermieri che ancora attendono di entrare appieno titolo in Università (ricordo che sono passati 30 anni dall'inizio della formazione universitaria) o potrebbe diventare qualcosa d'altro, caso mai con qualche correttivo? Accenno solo ad alcune ipotesi portate da alcuni intervistati che, un po' fuori dal coro, hanno osato suggerire:

- Poiché anche il corso di laurea in medicina è divenuto professionalizzante, potrebbe questo modello essere 'trasportato' (forse con opportune modifiche) nel corso di laurea in medicina, al fine di garantire che gli studenti possano essere seguiti nei tirocini.
- Ricordo, a tal proposito, che da una ricerca svolta da un gruppo interprofessionale di sociologi e infermieri nel 2001 (Giarelli G., 2001) in cui si chiedeva agli studenti infermieri quale fosse la figura più importante nella loro formazione, gli studenti risposero: l'infermiere di reparto!
- Qualcuno degli intervistati, riconoscendo la fondamentale funzione del DADP, suggerisce che, di fianco al Presidente di corso, possa esistere una sorta di piccolo 'Collegio di Direzione' composto appunto dai DADP. È possibile che, in alcune realtà, questa organizzazione sia già un dato di fatto, anche se non riconosciuto.

Alcuni suggerimenti su cui riflettere per il miglioramento:

- In alcuni contesti, date anche le dimensioni in più sedi dei corsi, le guide di tirocinio dimostrano di non conoscere a fondo il DADP. Questo scollamento tra DADP e mondo periferico di clinica, in cui si gioca però una parte sostanziale dell'apprendimento dello studente, potrebbe essere oggetto di riflessioni e di proposte di miglioramento.
- Un altro suggerimento, interessante, viene non direttamente dagli intervistati, ma dalla revisione degli organigrammi in alcune università estere. In alcune realtà estere, ad esempio, probabilmente a causa del riconoscimento che così tante funzioni (gestionali, organizzative, pedagogiche, relazionali e di competenza specifica infermieristica) faticano a stare compresse in una unica figura, propongo tre o quattro figure di direzione, in ogni corso, con suddivisione delle responsabilità primarie: una figura responsabile principalmente della didattica, una figura responsabile principalmente della ricerca e dell'innovazione, una figura per la gestione amministrativa e delle finanze.

Considerazioni conclusive

La finalità di questo contributo non era ovviamente di illustrare i risultati della ricerca (che saranno socializzati in altre circostanze), ma di tracciare qualche punto di stimolo e di riflessione su un modello di formazione che si

è sviluppato in Italia e che ha caratteristiche sue proprie e probabilmente risponde a bisogni specifici della comunità infermieristica italiana che, forse, non ha così tanto da invidiare alle comunità infermieristiche sorelle di altre nazioni, anche vicine a noi.

Non ho ancora citato il punto più critico della questione: il fatto che i professionisti infermieri, sia i DADP, che i docenti insegnano in Università, svolgono tutorato didattico e clinico essendo ancora tutti afferenti alle Aziende Sanitarie. Ma mi e vi chiedo: è utile rincorrere le realtà estere per uniformarci a queste o non è forse più utile studiare la nostra realtà, per comprenderla a fondo, raccoglierne le potenzialità e, attraverso il confronto con altre realtà, individuare elementi di miglioramento.

Ad esempio, sarebbe davvero utile pensare a uno spostamento completo della (chiamiamola) parte professionalizzante in Università? A parte un indiscusso problema di sostenibilità che giocherebbe un ruolo molto rilevante, ma chiediamoci: davvero vogliamo rinunciare a docenti infermieri che lavorano in clinica e che sanno coniugare, per questo, la dimensione teorica con quella pratica nel loro insegnamento? Davvero vogliamo rinunciare a tutor didattici che fanno delle loro competenze specifiche e pedagogiche un valore aggiunto per la formazione identitaria del futuro professionista?

Le domande e gli esempi si potrebbero moltiplicare. L'intento però di questo documento non era quello di dare risposte, che la ricerca potrà eventualmente fornire, ma preparare un terreno generatore di domande per accogliere in modo riflessivo i risultati della ricerca.

Bibliografia

Giovanna Artioli, (2000). Evoluzione storica dell'assistenza e della formazione infermieristica. Area Qualità Edizioni, Milano.

Silvia Bielli, Federica Canzan, Angelo Mastrillo, Sara Berti, Elisa Ambrosi, e Luisa Saiani (2016) Evoluzione della funzione di coordinamento delle attività formative professionalizzanti dei Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie. Indagine nazionale. Medicina e Chirurgia, (72): 3263-3268 DOI:10.4487/medchir2016-72-1

Decreto Ministeriale 24 luglio 1996 Gazzetta Ufficiale del 14 ottobre 1996, n. 241 Decreto del 24 settembre 1997. Requisiti d'idoneità delle strutture per i Diplomi universitari dell'area medica.

Regio Decreto n. 1832 del 1925. Istituzione delle prime scuole convitto per infermieri professionali in Italia.

Guido Giarelli (2001) L'infermiere "care manager" fra professionalità acquisita e fabbisogni di formazione: una ricerca prospettiva nazionale. Report del lavoro di ricerca (ad uso interno e non pubblicato)