

BUONE PRASSI – GOOD PRACTICES

FORMAZIONE E PROFESSIONAL TRAINING PLACE- MENT NELLE PROFESSIONI SANITARIE: UN REPORT SUGLI ESPERTI DELLA SALUTE PUGLIESI

di Rosa Gallelli, Giuseppe Armacontini,
Maria Gambatesa, Pasquale Renna, Viviana De Angelis

L'articolo propone un'indagine esplorativa condotta dal gruppo di ricerca *Siped-Care* su un campione di professionisti della salute e della cura pugliesi, chiamati a muoversi con agilità attraverso *setting* di conoscenza sempre più complessi e mutevoli in vista della formazione di un *Medical professionalism*, inteso come “competenza globale” con alte performance di tipo *meta-cognitivo*, che renda capaci di operare scelte professionalmente valide. La ricerca effettuata rivela l'improrogabile necessità di arricchire di nuove *Humanities* curriculum formativo e *Professional training placement*. Ciò renderebbe possibile l'acquisizione da parte dei professionisti della salute di una “epistemologia della pratica riflessiva” e di una formazione alla cura (*to care*) con cui ripensare in modo inedito agli interrogativi di *sensu* posti al professionista da un sapere della pratica che agisce su un terreno instabile e spesso controverso: quello del *dolore* umano; e consentirebbe, altresì di riscoprire le radici della soddisfazione lavorativa in contesti che richiedono il mutamento, se non una vera e propria *metamorfosi* nelle relazioni umane.

The first exploratory survey conducted by the research group *Siped-Care* on a sample of health professionals and care, reveals the urgent need to introduce *humanities* in the training curriculum and in the Professional training placement. Health professionals, in fact, already are supposed to move with agility through increasingly complex knowledge and changing settings and they request the formation of a Medical professionalism, understood as “glob-

al expertise”, high performers-cognitive type. With this experience, they will be able to make decisions professionally valid, when it comes to your health or even the lives of individuals. The health professional acts on shaky ground and often controversial: that of human suffering and needs to rediscover the roots of job satisfaction in contexts that require the change, if not an actual *metamorphosis* in human relations.

1. Introduzione

Tra i gruppi di professioni e mestieri che negli ultimi anni sono stati interessati in modo rilevante da processi di riforma normativa sia a livello nazionale, sia comunitario e da efficaci percorsi di rinnovamento del contenuto lavorativo ci sono, senza dubbio, le professioni sanitarie che, in forza di un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione¹.

In un momento storico in cui le trasformazioni, la globalizzazione e planetarizzazione dei processi produttivi, economico-finanziari, politici e sociali determinano nel mercato del nuovo “lavoro liquido”² un’incertezza e un’insicurezza profonde e diffuse, le professioni sanitarie si attestano, invece, verso uno stabile incremento degli andamenti occupazionali, secondo quanto è emerso nel corso delle ultime indagini statistiche (ISTAT, 2013; ISFOL, 2016).

In particolare la lettura degli andamenti occupazionali dei maggiori gruppi professionali, valutati per macro-aree nel periodo 2013-2011, mostra come a fronte di un trend negativo per *costruzioni* (-13,3%), *agricoltura, pesca* (-3,9%) e *industria* (-3,3%) per le *pro-*

¹ Alcune professioni sanitarie sono costituite in Ordini e Collegi, con sede in ciascuna delle province del territorio nazionale. Esistono in questo momento: Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri, Ordini provinciali dei veterinari, Ordini provinciali dei farmacisti, Collegi provinciali delle ostetriche, collegi provinciali degli infermieri professionali (Ipsvi) e Collegi provinciali dei tecnici sanitari di radiologia medica (Tsrn).

² Richiama il concetto di “modernità liquida” elaborato dal sociologo polacco Zygmunt Bauman (2000) recentemente scomparso.

fessioni sanitarie, nella duplice veste del “pubblico” e del “privato” si registra una tendenza positiva nonostante il periodo di crisi occupazionale (ISTAT, 2013; ISFOL, 2016).

Volgendo lo sguardo verso il futuro, le previsioni dello stato occupazionale per le professioni sanitarie sembrano andare nella stessa direzione ed essere sostanzialmente positive per le 33 categorie³ che rientrano nella macro-area delle professioni sanitarie. Secondo alcune recenti stime, infatti, entro il 2020 si prevede in Europa una carenza di circa un milione di operatori sanitari. La riflessione riguardante i dati statistici e alcune considerazioni di carattere qualitativo e legislativo che su di essi sono state fatte (Franceschini, 2016; Rossi, 2012) pone in evidenza la necessità di valutare in maniera critica il binomio *competenze-formazione* in vista della delineazione di un profilo professionale, quello sanitario, chiamato ad acquisire nuove abilità, conoscenze e competenze, anche di tipo organizzativo e manageriale richieste dalle mansioni che devono essere svolte in nuovi *environment*⁴ e dai fabbisogni di specifici target di utenti. Si tratta, evidentemente, di una valutazione importante e complessa che non può certo prescindere da ricerche empiriche condotte sul campo negli ambienti sanitari, dove i professionisti della salute lavorano, servendo e prendendo in carico ogni giorno

³ Cfr. professionioccupazione.isfol.it nell'ambito della sezione tematica dedicata alle “Professioni”. In tale documento emerge come i trend di variazione nel medio termine possano essere letti su una scala che registra: *forte crescita* (variazione percentuale positiva uguale o superiore al 10%), *crescita* (variazione percentuale positiva tra 5% e 10%), *stabilità* (variazione percentuale tra -5% e +5%), *decrescita* (variazione percentuale negativa tra -10% e -5%) e *forte decrescita* (variazione percentuale negativa uguale o superiore a -10%).

⁴ I contesti organizzativi sono cambiati ed è cambiata altresì la legislazione relativa alle professioni sanitarie. Se fino agli anni Settanta non era prevista alcuna autonomia decisionale ad esempio per l'infermiere (la cui mansione lavorativa, secondo il REGIO DECRETO 27 luglio 1934 N.1265 “Testo unico delle leggi sanitarie”, era definita come “professione sanitaria ausiliaria” priva, cioè, di autonomia decisionale e dipendente *in toto* dal medico), negli anni Novanta con la LEGGE 26 febbraio 1999 N. 42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”, inizia una nuova era per l'infermiere che diviene l'operatore sanitario in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, *responsabile* dell'assistenza generale infermieristica. Con l'abolizione del mansionario l'infermiere non ha più le limitazioni previste dal DPR 225 del 1974 e in particolare, per tale figura sanitaria è prevista un'ampia *autonomia professionale* e un nuovo ventaglio di *competenze* richieste il cui unico limite è rappresentato dalle competenze previste per altre figure sanitarie.

la *fragile umanità* sofferente. Essa abbisogna di *cure* oltre che di medicine, di *relazione*, oltre che di terapie, di *attenzione* e *comprensione*, oltre che di procedure standardizzate e di un *contatto umano* stabile e rassicurante capace di infondere nel paziente la *speranza* di resistere e lottare *insieme* per cercare una via d'uscita alla malattia e al dolore.

La pratica quotidiana delle professioni sanitarie richiama la complessità e problematicità delle relazioni umane in un tempo in cui, come ha affermato Bauman (2009), dominano *individualismo*, *narcisismo*, *aggressività* diffusa e una *frenesia dell'agire*⁵ che svuotano, inaridiscono e talvolta persino “dissolvono” ogni relazione umana e anche quelle più autentiche e significative, come la relazione medico-paziente, che come ricorda l'ultima versione del *Codice Deontologico* (2016) del personale sanitario, dovrebbe essere improntata alla *cura*, all'*ascolto* e alla *vicinanza* con il paziente, attingendo costantemente da una rete di *valori* e *saperi scientifici* attraverso i quali è possibile attuare l'ideale del *servizio*.

La pratica quotidiana delle professioni sanitarie richiama altresì il conseguente rapporto con le *sofferenze umane* e solleva importanti interrogativi nella *coscienza* di *chi cura* e di *chi riceve cura* da parte degli altri. L'agire consapevole e riflessivo del professionista sanitario e il *contatto* con il paziente fanno sorgere domande esplicite o implicite che richiamano il *senso* profondo del dolore, la sua sostanziale *inconoscibilità* e *trascendenza* rispetto alla razionalità umana e il bisogno integrale di *cura* che va ben *oltre* il semplice adempimento di un mansionario o la meccanica applicazione di un protocollo scientifico.

L'inquietudine empiricamente registrata dal gruppo di ricerca *Siped-Care – Puglia* tra i professionisti sanitari ha reso evidente la necessità ormai improrogabile, per la ricerca pedagogica, di approfondire natura e pratica di relazioni a volte problematiche e,

⁵ Causata principalmente dalla *rivoluzione digitale*, ancora in atto che impone agli individui un *agire frenetico* e un nuovo *consumo del tempo* e dei mezzi che mal si concilia con la *riflessione* e con la *cura* propria e altrui. Anche Bauman in *Vite di corsa* (2009) stigmatizza l'epoca attuale, denunciandone il carattere di una “tirannia effimera” dalla quale è necessario liberarsi per poter riscoprire il senso autentico della vita, protesa tra bisogni e desiderio di felicità; memoria e oblio; fondatezza e infondatezza; costrizione e libertà.

spesso, qualitativamente *carenti* rispetto agli obiettivi condivisibili di una *comunicazione efficace*, della *cooperazione*, del *rispetto interpersonale* e del *progresso comune*.

L'indagine pedagogica intrapresa ha inteso introdursi nel terreno sconfinato della comunicazione e delle relazioni umane, con un approccio multi-metodo per esplorare l'effettiva efficacia del percorso formativo e del *Professional training placement* delle professioni sanitarie, in vista della formazione di un *Medical professionalism*, inteso come "competenza globale" con alte *performance* di tipo *meta-cognitivo*, che renda capaci di operare scelte professionalmente valide e umanamente edificanti, quando in gioco ci sono la salute o addirittura la vita degli individui.

Questo è quanto si è cercato di realizzare nel corso dell'indagine esplorativa condotta su un campione di professionisti della salute e della cura pugliesi, impegnati a muoversi dinamicamente attraverso *setting* di conoscenza sempre più complessi e cangianti.

Il gruppo di ricerca SIPED – *Pedagogia delle professioni della salute e della cura*, coordinato a livello nazionale dalla Prof.ssa Patrizia de Mennato e, per la sezione pugliese, dalla Prof.ssa Rosa Gallelli, è formato da pedagogisti che, nel corso degli ultimi anni, hanno concentrato la loro attività di ricerca e formazione sulla "domanda pedagogica" posta dalla formazione di futuri professionisti della salute e della cura nelle Facoltà universitarie e nei contesti di lavoro. Tale gruppo ha prodotto numerose ricerche, pubblicazioni ed esperienze di formazione⁶ che, pur nella loro forte diversificazione, hanno come punto di vista condiviso la riflessione pedagogica sui temi del sapere medico, della *trasformazione epistemologica* del sapere di cura, delle *metodologie riflessive* relative alla formazione iniziale e in servizio dei professionisti della salute e della cura e della *formazione* dei loro formatori.

Il report di seguito presentato intende render conto di una *micro-ricerca* coordinata dalla Prof.ssa Rosa Gallelli e dal Prof. Giuseppe Annacontini sui vissuti di neo-assunti nelle strutture ospedaliere pugliesi, con particolare attenzione sia alle risorse prove-

⁶ Il panorama delle pubblicazioni è riportato nella successiva bibliografia.

nienti dal percorso formativo, sia alle difficoltà legate alla distanza che separa le *conoscenze-competenze* acquisite nel corso della formazione, da quelle che il neofito individua come *necessarie* per affrontare la quotidianità lavorativa.

1.1. *Problem Analysis*

L'attuale formazione nelle professioni sanitarie sconta la difficile condizione di derivare da un'epistemologia positivista della pratica. Ciò se da un lato ha portato all'affermazione dei saperi a vocazione universalista, dall'altro ha comportato una crescente sensibilizzazione rispetto ai bisogni di integrare una professionalità essenzialmente relazionale, con saperi atti a confrontarsi e a gestire le *variabili multiple* e le *dinamiche multi-dimensionali* che fanno eco all'irriducibilità dell'uomo e della sua identità esistenziale a schemi concettuali e protocolli con pretesa di esaustività.

Da un punto di vista pedagogico ciò significa salvaguardare e accogliere nelle sue molteplici espressioni una nuova *ecologia della formazione e dello sviluppo umano* che sappia allargare il potenziale interpretativo e le possibilità di azione dei professionisti della salute.

1.2. *Modelli teorici*

Temi quali la *comunità di pratica* (Wenger, 1996), il *professionista riflessivo* (Schon, 1993) e l'*apprendimento trasformativo* (Mezirow, 1991) animano da diversi anni il dibattito pedagogico e didattico contemporaneo, affidando alla pedagogia il compito di uscire dai tradizionali spazi della trasmissione del sapere per incontrare "luoghi" e discipline differenti e ricevere da essi contaminazioni e nuove suggestioni per la ricerca, per mettere a servizio del bene della collettività il *proprium*: il sapere pedagogico, per l'appunto e in vista della promozione dell'*unitarietà dei saperi* (Morin, 2015) e di una nuova *umanizzazione* del genere umano nell'era planetaria.

Vale la pena evidenziare come, se da un lato, nell'ambito della letteratura umanistica e, in particolare, di quella filosofica, pedagogica e persino religiosa (Mortari, 2015; Urso, 2009) non sono

mancati, né mancano attualmente modelli teorici e contributi scientifici a sostegno del tema dell'*umanizzazione*⁷ delle cure mediche, è pur vero che spesso tali contributi restano su un piano puramente teorico che prescinde dal confronto diretto con gli attori delle relazioni di cura e che esula totalmente dal raffronto con indagini di tipo empirico.

D'altro canto, invece, in maniera opposta, le indagini quantitative sinora condotte valutano il binomio delle *conoscenze-competenze* rimanendo su un piano statistico e numerico nel quale non è possibile cogliere la molteplicità dei "bisogni formativi non quantificabili" e delle sfumature comunicative e relazionali che potrebbero essere acquisite e implementate in vista della promozione della salute e di una rinnovata attenzione nei confronti della persona umana, considerata nella sua totalità corpo-mentale (Annacontini & Gallelli, 2015).

Tali ricerche hanno ispirato i programmi formativi delle professioni sanitarie e ciò spiega perché l'ambito delle professioni medico-sanitarie non abbia mai esplicitamente previsto nel proprio *curriculum* formativo e nei percorsi di tirocinio, l'incontro con saperi umanistici, che potessero potenziare le *performance* professionali degli esperti della salute e promuovere relazioni umane reciprocamente edificanti in ogni ambito e direzione.

Le lacune formative appena menzionate si sono protratte nel corso degli anni a scapito di un *umanesimo incarnato* e di una *soddisfazione lavorativa* che appaiono particolarmente *cogenti* in questo momento storico, laddove, da più parti, emergono un'insoddisfazione diffusa e il bisogno di riscoprire relazioni umane autentiche e genuine (Bellingreri, 2014).

1.3. Disegno di ricerca e chiave interpretativa

Il presente contributo, a differenza degli approcci a senso unico cui si è fatto cenno nel paragrafo precedente, prende avvio

⁷ Il concetto di *umanizzazione delle cure* va inteso come *attenzione* posta alla persona nella sua *totalità* per i bisogni organici, psicologici e relazionali e più ampiamente spirituali.

dall'ipotesi iniziale dell'esistenza di *lacune* nella *Formazione* e nel *Professional training placement* delle professioni sanitarie e con un approccio multi-metodo presenta un report dell'indagine condotta su un campione di esperti della salute pugliesi (48 soggetti). Il disegno della ricerca ha avuto come focus: *l'iniziazione professionale in ambito sanitario* e come obiettivo primario l'analisi dei processi impliciti nella transizione dalla formazione professionale all'inserimento lavorativo in vista dell'individuazione di percorsi formativi e l'attivazione di possibili corsi Ecm (Educazione continua in medicina)⁸. La chiave interpretativa del presente disegno di ricerca è rappresentata dall'ipotesi, squisitamente pedagogica, che l'ambito delle professioni medico-sanitarie costituisca un terreno di lavoro dove, in special modo, le dimensioni implicite di *sé* e del *contesto*, costituiscono il pattern di elementi che appaiono significativi nel prefigurare e determinare il *fare lavorativo concreto*. In particolare, un elemento cruciale che appare denso di significatività, nell'esprimere forme d'influenza che *informano* implicitamente le rappresentazioni del *ruolo* e del contesto professionale e, di conseguenza, che dirigono l'agire in termini di valutazioni, scelte, comportamenti e azioni, è costituito dal passaggio dalla *formazione professionale* all'inserimento nel *contesto lavorativo concreto*. All'interno di tale passaggio, il soggetto impatta con una moltitudine di variabili di sistema (socio-culturali, organizzative, relazionali, emozionali, cognitive), tacitamente riposte e tramandate nel contesto stesso, rispetto alle quali la formazione professionale ricevuta non si mostra *potenzialmente* in grado di offrire modelli interpretativi e previsionali adeguati, non offrendo in sostanza linee guida e orienta-

⁸ L'Ecm è un sistema di aggiornamento grazie al quale il professionista sanitario si aggiorna per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze organizzative e operative del Servizio sanitario e del proprio sviluppo professionale. La formazione continua in medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta. Per poter acquisire queste conoscenze è necessario l'aggiornamento continuo. L'obiettivo è quello di realizzare un sistema in grado di verificare e di promuovere su scala nazionale la qualità della formazione continua, anche attraverso l'opera di osservatori indipendenti e con criteri e modalità condivisi. Gli operatori della salute hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire una assistenza qualitativamente utile.

menti all'azione efficaci a fronteggiare la complessità e la variabilità dei contesti lavorativi in oggetto.

Il risultato è che il neofito, molto frequentemente, possa avvertire un *sens*o d'*inadeguatezza* e d'*incongruenza* tra le conoscenze disciplinari e la *realtà della pratica*, rispetto al quale emerge la necessità di *riconfigurare* il proprio *sé professionale* e il bagaglio delle conoscenze, attraverso dinamiche complesse di *adattamento* e *riposizionamento* a volte molto faticose.

In tali condizioni, l'operatore sanitario è in grado di realizzare quasi esclusivamente "azioni improvvisate", "intuitive" e spesso "inadeguate" alla complessità situazionale, tanto da sfociare, talvolta, in situazioni di *calo* delle *performance* professionali, di *stress-lavoro-correlato*, fino ad arrivare al vero e proprio *burn-out*, quale esito di uno *squilibrio* prolungato tra richieste e risorse individuali.

In tal senso, è plausibile ipotizzare, che tale eventuale *gap* della formazione professionale sia prodotto dal prevalere di percorsi di formazione iniziale e d'inserimento al lavoro che tendono a favorire dimensioni tecnico-disciplinari, che, sebbene essenziali nella formazione complessiva del soggetto professionale, non tengano però conto della *difformità* e *variabilità* degli ambienti professionali stessi e della *complessità* e *problematicità* delle relazioni umane al loro interno.

In altri termini, il primo *gap* da noi ipotizzato al momento dell'elaborazione delle domande dell'*intervista* riguardava lo sbilanciamento dei percorsi formativi previsti verso discipline tecnico-scientifiche a scapito delle scienze umane. Si è ipotizzato, cioè, che l'obiettivo della formazione professionale fosse stato limitato all'acquisizione di competenze utili esclusivamente all'elaborazione di "previsioni, prescrizioni e procedure standardizzate", nonostante i contesti applicativi di tale formazione siano invece caratterizzati da "irregolarità, variabilità, difformità socio-culturali e situazionali".

Da queste considerazioni, il progetto di ricerca ha inteso concentrarsi sull'*esplorazione* delle interpretazioni, dei comportamenti e delle strategie che sia il soggetto sia l'ambiente professionale realizzano all'interno della *fase d'iniziazione* al lavoro concreto, allo

scopo, da un lato, di coglierne le dimensioni problematiche che richiedono un'implementazione della formazione professionale in senso critico e relazionale e, dall'altro, di progettare, a partire da tali dimensioni, possibili percorsi formativi critico-riflessivi e/o di accompagnamento all'iniziazione professionale in ambito medico-sanitario.

INDEPENDENT VARIABLES		
Età dei partecipanti [anni]	media	29.36
	max	35
	min	24
	SD	2.65
Sesso dei partecipanti	Donne	20
	Uomini	8
Specializzazione post-lauream	Almeno un corso di specializzazione	12
	Nessun corso di specializzazione	16
Contesto clinico di provenienza	I OSPEDALE: Reparto di Ostetricia	14
	II OSPEDALE: Reparto di Ortopedia	10
	III OSPEDALE: Pronto Soccorso	4

Tabella 1
Variabili indipendenti del test eseguito.

2. Soggetti e metodi

2.1. Fase 1. Esplorazione dei bisogni. Strumento: intervista strutturata

All'inizio della fase esplorativa è stato scelto, attraverso un *campionamento casuale*, il campione di soggetti da sottoporre a un'intervista strutturata (Tabella 1). Quello pugliese (Bari, Foggia e Lecce) era costituito da 28 infermieri neo-assunti (da non più di

due anni), con età media pari a $29.36 + 2.65^9$ anni. Tutti i soggetti intervistati avevano conseguito la *laurea triennale in Infermieristica* presso un'università italiana (Figura 1).

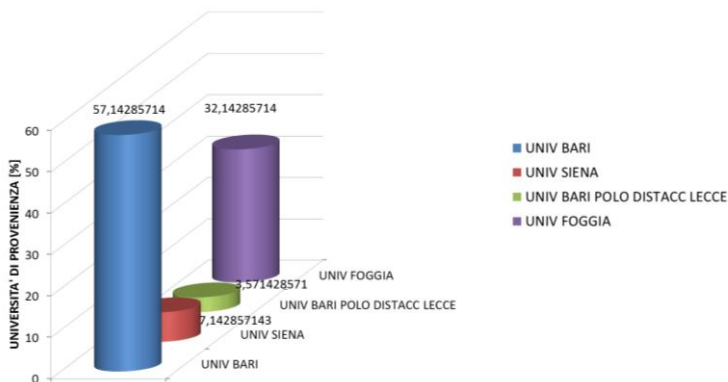


Figura 1
Provenienza degli intervistati.

Le domande dell'intervista miravano alla conoscenza del vissuto professionale degli infermieri neo-assunti nel periodo compreso tra il tirocinio formativo e la neo-assunzione (all'incirca 24 mesi).

In particolare è stato chiesto loro:

- Racconta il tuo vissuto emotivo nel primo periodo lavorativo: ti sentivi adeguato al compito? Hai avuto paura? Fai qualche esempio.
- Hai vissuto momenti di difficoltà? Narra qualche esempio. Hai chiesto aiuto? Chi ti è stato accanto? E in che modo sei stato aiutato?
- Rispetto alla tua formazione pregressa, hai avvertito lacune nelle competenze decisionali? Quali? Perché?
- Rispetto alla tua formazione pregressa, hai avvertito lacune nelle capacità applicative? Quali? Perché?
- Rispetto alla tua formazione pregressa, hai avvertito lacune nelle conoscenze tecnico-scientifiche? Quali? Perché?

⁹ Valore della *deviazione standard*. Essendo tale valore piuttosto basso e tendente a zero, il campione considerato può ritenersi *omogeneo*.

Dall'indagine esplorativa condotta è emerso quanto segue:

- 4 su 28 persone hanno dichiarato l'inutilità del tirocinio nello sviluppo di competenze indispensabili per l'esercizio delle professioni infermieristiche.
- 12 persone, invece hanno dichiarato di avere lacune nelle capacità decisionali.
- 8 persone hanno dichiarato di avere lacune nelle capacità esecutive (incompletezza della formazione professionale rispetto alle procedure d'intervento richieste dal reparto).
- 11 persone hanno dichiarato di avere lacune nelle capacità tecnico-scientifiche.
- 6 persone hanno dichiarato di avere lacune nelle capacità comunicativo-relazionali (Figura 2).

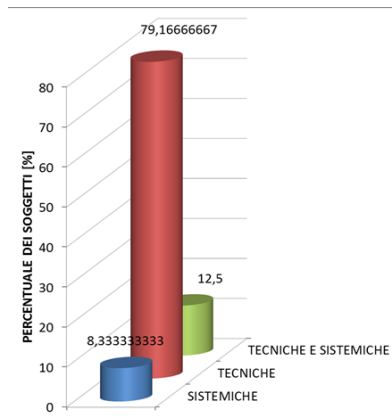


Figura 2.

Lacune formative riscontrate dagli intervistati.

Ascoltando più volte il contenuto delle registrazioni realizzate, sono emersi altri punti di criticità che meritano di essere segnalati e che sono divenuti oggetto di riflessione per il gruppo di ricerca. Nel racconto degli infermieri emergevano alcune *emozioni ricorrenti* e in particolare: *paura, difficoltà, disorientamento* soprattutto nell'opera di nell'inquadramento dei pazienti più critici. Inoltre i soggetti intervistati hanno evidenziato le difficoltà e il sentimento d'inadeguatezza più e più volte incontrati nell'interventistica di routine,

nell'esecuzione, cioè, di alcune procedure d'intervento come ad esempio nell'intervento cardiologico o nella chirurgia e durante la somministrazione di farmaci.

In particolare è emersa anche una *dicotomia* rilevante tra i sentimenti di *gioia*, *sensò di soddisfazione* ed *entusiasmo* provati all'inizio dell'esperienza professionale e sentimenti di segno opposto, ovvero *paura*, *timore*, *insicurezza*, *ansia* provati dagli infermieri nei due, tre mesi successivi.

2.2. Fase 2. Riflessione sui vissuti professionali e identificazione dei bisogni formativi. Strumento: Focus Group

Le interviste hanno, a nostro parere, messo in luce un problema corale delle professioni sanitarie, legato non tanto a questioni informative, cioè ai saperi, alle conoscenze e ai protocolli tecno-scientifici, quanto soprattutto in relazione a situazioni performative (passaggio da una situazione di passiva ricezione della realtà del soggetto che ha bisogno di aiuto – che, potremmo dire, arriva fino a comprendere la messa in atto di azioni di ascolto e di accoglienza – a una di attivo intervento per trasformare la situazione). Si è ritenuto dunque importante cercare di dare parola a testimoni privilegiati con riferimento a tre costrutti: *decisione*, *responsabilità* e *relazione*.

2.2.1. La decisione

Le questioni che preliminarmente potevano essere sollevate intorno al costrutto della *decisione* riguardavano gli aspetti che ne caratterizzano la *fenomenologia*¹⁰; mentre i possibili argomenti da approfondire con i professionisti della salute riguardavano l'*emergenza*¹¹ della situazione problematica; l'*analisi della situazione problema*¹²; le *difficoltà specifiche nel praticare la scelta*¹³.

¹⁰ Ovvero cosa caratterizza la situazione in cui si deve prendere una decisione.

¹¹ Bisognava chiedere: che tipo di decisioni, di routine o eccezionali e d'urgenza s'incontrano nella pratica professionale; e poi, magari, quali sono le caratteristiche che

A tematizzare questi argomenti si doveva poter giungere partendo da una serie di suggestioni da proporre (accompagnate sempre, alla fine del dialogo aperto, da: «Come pensi il corso di studi debba essere organizzato per affrontare con più efficacia i problemi riscontrati?») non vincolanti. Tra queste suggestioni affioravano alcuni interrogativi:

- Che cosa serve per prendere una decisione?
- Hai mai dovuto prendere una decisione che cosa hai provato e cosa ha significato in termini d'implicazioni emotive, legali, cognitive?
- Esiste il problema decisione-senso di solitudine?
- Hai mai sentito parlare della medicina difensiva? Cosa ne pensi?
- Che cosa significa essere autonomi nella pratica della professione sanitaria? Pensi di essere autonomo nelle scelte che prendi in reparto e fino a che punto arriva la tua autonomia (qualche esempio)?
- Come vi siete formati a essere professionisti autonomi (esiste nella tua memoria una figura esemplare dell'autonomia nella cura)?

2.2.2. La responsabilità

Quanto alla *responsabilità*, le questioni che potevano essere sollevate riguardavano i diversi tipi di responsabilità, ovvero la sua *fenomenologia*.

A tematizzare questi aspetti si doveva poter giungere partendo da alcuni interrogativi:

rendono una situazione *decisiva*, ossia rendono necessaria l'esposizione al rischio professionale di compiere una scelta?

¹² Era, cioè, necessario chiedere se vi sono difficoltà o incapacità nel saper ricondurre il problema a un campo/settore/sapere definito? È, questo, il problema di non saper/poter ricondurre una situazione a un protocollo?

¹³ Era necessario comprendere come attivare i patrimoni di conoscenze/competenze acquisiti in autonomia e mobilitare le risorse personali e ambientali per costruire un quadro della situazione più ampio possibile?

- La responsabilità del professionista della cura tocca solo la persona direttamente interessata o anche familiari, se stessi, la legge, i colleghi, i superiori, ecc.?
- Il sentirsi responsabile implica fattori personali e impersonali? Tra questi quali possono essere particolarmente importanti (ad esempio i vincoli legati ai saperi delle tecno-scienze, alle routine invase, ai protocolli di reparto, alla condizione esistenziale-progettuale del paziente, alla natura collaborativa o meno dell'azione individuale, ecc.)?
- Il legame di responsabilità implicata fattori intra-istituzionali (filiera decisionale) e/o interpersonali (cooperazione, relazione col paziente, ecc.)?

Si è pensato, poi, che altre suggestioni per la riflessione pedagogica potessero derivare da altre domande:

- Come pensi il corso di studi debba essere organizzato per affrontare con più efficacia i problemi riscontrati?
- Che rapporto c'è tra autonomia e responsabilità (nei confronti del paziente)?
- Quali sono i soggetti o gli istituti nei confronti dei quali ti senti più responsabile?
- Quali sono i fattori e le circostanze che segnano il limite della tua responsabilità personale?
- Sono legati a ciò che conosci in campo professionale? Ai limiti del sapere che pratici?
- Sono legati alle routine e ai protocolli del tuo lavoro?
- Sono legati alla conoscenza delle persone o della storia delle persone (e eventuali progetti) con cui entri in relazione?
- Sono legati alla tua coscienza? (E cosa è "la tua coscienza" e dove si forma?).

2.2.3. *La relazione*

Le questioni che potevano essere sollevate intorno al tema della *relazione* riguardavano principalmente il ruolo della *comunica-*

zione, l'empatia, l'epochè, il decentramento cognitivo-affettivo nella relazione d'aiuto.

Alla tematizzazione di tali argomenti si è giunti partendo dalle seguenti suggestioni:

- La relazione non è solo un problema di comunicazione informativa ma anche di meta-comunicazione, teorie della mente, anticipazione, ecc.: vi è consapevolezza di questa complessità relazionale? Come si sviluppano queste competenze?
- L'empatia e (è) la relazione di aiuto: che ruolo ha la capacità di leggere e gestire le proprie e altrui emozioni nelle relazioni di aiuto?
- Gestire la relazione di aiuto che ruolo ha e come ci si può formare a un'efficace pratica del decentramento cognitivo ed emotivo?

Per entrare poi, più in profondità, è stato necessario porre agli operatori sanitari nuovi quesiti:

- Come hai vissuto e gestito la relazione con i pazienti e con i colleghi di lavoro? Pensi ci sia un sapere utile per facilitare la gestione della comunicazione?
- Che ruolo hanno le emozioni nella tua esperienza professionale?
- Esiste una figura che ti è stata di aiuto nel gestire le emozioni? Quando? In quale occasione le tue emozioni sono state "debordanti" e "difficilmente controllabili"?
- L'inadeguatezza pare essere una tonalità emotiva costante dell'esperienza dei professionisti d'aiuto. Sei d'accordo con tale affermazione e perché?

3. Primi risultati e focus group

La scelta di procedere nella ricerca qualitativa utilizzando il focus group è stata motivata dalla conoscenza delle possibilità che esso offriva di approfondire i temi e le suggestioni provenienti

dalla ricerca svolta durante la fase 1 e 2 dell'indagine esplorativa. Il focus group, infatti, è una tecnica di ricerca sociale, che ha utilità pratica e implicazioni etiche. Serve ad approfondire un tema o particolari aspetti di un argomento, mediante un'intervista rivolta a un gruppo omogeneo di persone. La caratteristica (e il pregio) del focus group sta proprio nell'*interazione* che si crea tra i partecipanti. Un'interazione che, se ben condotta, è capace di generare *idee* in misura assai maggiore rispetto alla tecnica classica dell'intervista "faccia a faccia" o del questionario.

La paternità di tale strumento è fatta risalire da molti autori al ricercatore Robert K. Merton il quale, nel 1941, fu invitato da Paul F. Lazarsfeld ad assisterlo a una sessione di lavoro del *Lazarsfeld-Stanton Program Analyzer* finalizzata a verificare l'efficacia di alcuni programmi radio sponsorizzati dal governo (Di Lellio, 1985, pp. 22-23). Nacque così, in quell'occasione, la tecnica dell'intervista di gruppo focalizzata: un'intervista collettiva a più persone, riunite in uno studio della Radio per ascoltare un programma registrato ed esprimere il proprio parere attraverso due pulsanti posizionati sulle sedie, uno verde per le sensazioni positive evocate dal programma e uno rosso per quelle negative. Al termine di questa fase gli ascoltatori furono intervistati da Merton sui motivi delle loro scelte. Tale metodologia nel corso degli anni è stata ampiamente sperimentata: sono state messe a punto una serie di procedure per la sua realizzazione e introdotte molte innovazioni e variazioni rispetto agli obiettivi e al settore in cui è applicata.

A oggi il gruppo di ricerca Siped-Care – Puglia ha realizzato in tutto quattro focus group, coinvolgendo un totale di venti professionisti della salute che lavorano negli ospedali della Regione Puglia, selezionati attraverso un campionamento casuale¹⁴. Nella ricerca sono state coinvolte le tre sedi Universitarie di Bari, Lecce e Foggia. I foci sono stati condotti dai membri del gruppo di ricerca secondo le modalità richieste dalla metodologia e hanno avuto per argomento "L'esperienza lavorativa dei neoassunti in rappor-

¹⁴ I partecipanti selezionati non sono gli stessi delle interviste.

to alle conoscenze/competenze maturate nel corso della formazione universitaria”.

Krueger (1994) evidenzia i vantaggi di quelli che lui definisce «mini-focus group» (pp. 78-79): quattro o cinque soggetti possono essere riuniti in ambienti più confortevoli, ad esempio ristoranti, case private, o saloni accoglienti; il numero limitato permette l'esplorazione di diversi argomenti con maggiore possibilità di scambio di esperienze e punti di vista. Il rischio è di avere una gamma di idee e opinioni ristretta. Per evitare tale rischio il gruppo di ricerca ha scelto di realizzare quattro focus group in Puglia. In particolare ai foci hanno partecipato alcuni neoassunti (due anni di lavoro massimo) e nello specifico:

- n. 9 infermieri professionali (6F/3M);
- n. 3 infermieri pediatrici (2F/1M);
- n. 2 perfusionisti (2F);
- n. 2 ostetriche (2F);
- n. 4 fisioterapisti (1F/1M).

I foci si sono attenuti a uno stesso schema di massima in modo da poter aggregare alla fine le suggestioni e i concetti emergenti.

Dopo una breve spiegazione del significato di focus group, del tema trattato e delle sue modalità di svolgimento, tutti gli incontri hanno sviluppato i tre ambiti tematici di cui si è detto:

- Decisione sul luogo di lavoro.
- Responsabilità professionale e umana.
- Comunicazione/*relazione* con pazienti, colleghi e/o medici.

Ogni partecipante, messo prima di tutto al corrente della legge a tutela della privacy e del rispetto del segreto professionale posto su quanto sarebbe emerso nel corso dell'incontro, è stato chiamato a raccontare la propria esperienza professionale da neo-assunto al primo impiego.

Nel corso dei focus, i temi della *decisione* e della *responsabilità* si sono uniti e articolati e, in tal senso, saranno trattati al momento insieme.

4. Risultati

In generale, i partecipanti ai focus hanno messo in luce come la competenza decisionale (definita da alcuni “potere decisionale”) sia stata da subito richiesta in riferimento alla particolarità della mansione svolta. Annotiamo come, nel caso di strutture lavorative private, si siano verificati situazioni in cui il neoassunto è stato “marginalizzato” dai colleghi anziani e quindi escluso da ogni processo/situazione decisionale.

Dalla discussione sono emerse, rispetto alla capacità decisionale e alla responsabilità che a essa si accompagna, difficoltà imputate a diversi fattori quali:

- *Carenza dei saperi* legata, a parere dei partecipanti, a una precaria preparazione di base fornita dall’istituzione universitaria, in primo luogo in ragione della brevità del corso di studi. La mancanza di sapere, spesso lasciato colmare dalla sola iniziativa personale dei neo assunti, non è risultata essere fatta oggetto di cura e attenzione da parte di nessuna figura di accompagnamento o accoglienza nel nuovo ambiente di lavoro. Questa figura (questa mansione), che dovrebbe essere specificatamente indicata, è invece completamente assente e, solo nel migliore dei casi, è il singolo neo assunto che individua tra i colleghi con esperienza più disponibili, quello cui far riferimento.
- Insufficienza della cura per gli aspetti pratico-operativi in tutto il corso di studi. Ben oltre la sola critica al tirocinio, si è posta in dubbio l’intera organizzazione didattico-curricolare basata su uno strutturale sbilanciamento tra le dimensioni teoriche e pratiche (in ognuno dei tre anni). L’ideale non realizzato è quello di un immediato (nello stesso anno e semestre) accostamento/intreccio tra lezione e laboratorio. Resta ferma l’esigenza di avere a disposizione laboratori idonei, assolutamente non scontata nelle università pugliesi (manichini, strumentazione per esercitazioni, ecc.);
- Carenza di competenze di contatto, relazionali e dialogo imputata, presumibilmente, alla pressoché totale assenza di hu-

manities nella formazione universitaria. Non avendo competenze relazionali, spesso, le decisioni e le relative responsabilità dei professionisti sanitari sono ricondotte unicamente ai protocolli e alle routine, con il risultato che: o si cerca di sottrarsi ad alcuni compiti o, all'esatto opposto, si cade nell'eccesso della medicina difensiva.

- Debolezza identitaria-professionale legata alla mancanza, nel corso della formazione, di qualunque tipo di azione tesa a chiarire e formare l'identità professionale in questione. Le specificità del proprio ruolo/funzione/responsabilità professionale nei confronti della figura del medico e dei professionisti sanitari di vecchia generazione (per inteso i non laureati con i quali si è palesato un vero e proprio conflitto generazionale di tipo professionale) sono, infatti, state dedotte solamente ex post (nel migliore dei casi) e a costo di un'elevata conflittualità sul posto di lavoro. Da alcuni partecipanti è emerso come questa consapevolezza sia stata il risultato di un lavoro riflessivo sulla propria identità professionale (costato fatica emotiva e psicologica), altri hanno slatentizzato questo problema proprio nel focus. Tutti hanno suggerito la necessità che l'università si occupi di tale aspetto.

In merito alla relazione sono emerse difficoltà imputate a diversi fattori quali:

- *Completa mancanza di una formazione al lavoro di gruppo.* Tutti i partecipanti hanno sottolineato come il loro lavoro sia di equipe ma questa dimensione gruppale ha mostrato potersi presentare con enormi differenze a seconda dei contesti e delle specificità professionali in questione. È il caso, esempio più indicativo emerso, in cui il professionista della salute opera in un reparto anziché in una sala operatoria. A seconda del contesto e della criticità che l'ambiente di lavoro presenta, nonché del grado di interdipendenza tra le figure e le pratiche (come è nella sala operatoria) si riscontrano modelli anche opposti di relazioni. Naturalmente sono i professionisti che lavorano in corsia/reparto quelli che maggiormente avvertono il bisogno di sviluppare competenze relazionali per

entrare in contatto non solo con i pazienti ma soprattutto con i colleghi.

- Necessità di sviluppare modalità comunicative adatte a dar corso a una nuova relazione tra medico e infermiere, in riferimento alla percezione di una professionalità che non è più vissuta come subordinata ma, con le parole degli intervistati, “coordinata” a quella medica. Alcuni partecipanti hanno invece una visione della loro professione come ancora completamente sottomessa a quella medica.
- Necessità di creare condizioni idonee per sviluppare equilibrata relazione tra professionista e paziente, con riferimento agli alti costi psicologici del legame che si crea. Si deve tener conto che gli operatori sono consapevoli che il lavoro di cura della persona porti, spesso, a instaurare dei legami quasi affettivi che possono avere delle forti ripercussioni psicologiche ed emotive in caso di decesso del paziente e accusano la mancanza di un supporto psicologico per attività di consulenza e sostegno in quelle che potrebbero essere le fasi critiche del loro lavoro.
- Necessità di superare i vissuti d’inadeguatezza provati da tutti e che molti vivono in maniera ambivalente essendo, da una parte, motivo di auto perfezionamento, iper controllo delle procedure, innalzamento della soglia attentiva per ogni singola fase del proprio lavoro; dall’altra parte, traducendosi in motivo di insicurezza e indecisione e, in alcuni casi limite, in un’ansia da prestazione che inibisce o ritarda l’azione. Anche in questo caso è emersa l’inadeguatezza del corso di formazione in merito all’implementazione di metodologie didattiche di tipo esperienziale (simulate e in situazione) che aiuterebbero a gestire tecnicamente ed emotivamente le situazioni lavorative.

5. *Conclusioni*

In via del tutto provvisorio, e in attesa di interpretare e formalizzare in maniera più compiuta i dati dei focus, si rileva come ap-

paia di estrema urgenza avviare una riflessione pedagogico-didattica sulla funzione di tutoraggio e relativa alla figura di tutor, sia in riferimento al tirocinio universitario, sia in riferimento alla fase di “inserimento adattivo”, associata al primo periodo di assunzione. Una figura che, però, a detta sempre degli intervistati dovrebbe essere un *infermiere laureato “senior”* (che abbia, quindi, un’adeguata esperienza in questo campo) e che quindi sia davvero *cosciente* del suo ruolo e delle sue scelte e responsabilità.

Terminando temporaneamente il presente lavoro di ricerca, sembra che i principali problemi quotidianamente incontrati dai professionisti della salute siano riferibili all’organizzazione pedagogico-didattica dell’intero corso di studi per quanto attiene il rapporto teoria-prassi; allo stanziamento di risorse umane (tutoraggio), all’implementazione di metodologie (laboratoriali, studi di caso, PBL, ecc.), alla predisposizione di strumentazioni (manichini per la pratica, ambienti di simulazione anche digitali, ecc.) che siano di sostegno alla formazione teorica e pratica di tali categorie di professionisti; alla programmazione di segmenti formativi e didattici espressamente volti al chiarimento e allo sviluppo di una *chiara identità professionale*, soprattutto nei punti di contatto e nelle differenze rispetto al vecchio infermiere e alla professionalità medica; e, infine alla formazione del personale sanitario presente negli ospedali pubblici e nelle cliniche private per semplificare e sostenere l’inserimento dei neo-assunti. Maggiori certezze potranno essere ottenute con disegni di ricerca quantitativi, che indaghino i temi emersi o con campioni statisticamente definiti o con l’intero universo.

Sono queste, a nostro parere, le principali traiettorie di sviluppo della ricerca pedagogica relativa alla *Formazione* e al *Professional training placement nelle professioni sanitarie*.

Bibliografia

- Amaturo E. (1993). *Messaggio Simbolo Comunicazione*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Amaturo E. (1998). L’analisi del contenuto tematico. In D. Giovannini (a cura di), *Colloquio psicologico e relazione interpersonale*. Roma: Carocci.

- Annacontini G., & Gallelli R. (a cura di) (2015). *Formare altre(i)menti*. Bari: Progedit.
- Bauman Z. (2000). *Liquid Modernity*. Oxford: Polity Press, Cambridge e Blackwell Publishers Ltd.
- Bauman Z. (2009). *Vite di corsa. Come salvarsi dall'effimero*. Bologna: Il Mulino.
- Bellingreri A. (2004). La sfida dell'educativo nella società liquida. In G. Elia (a cura di), *Le sfide sociali dell'educazione*. Milano: Franco Angeli.
- Benini S. (2004). *Le competenze educative, comunicative e relazionali. Riflessioni pedagogiche per la teoria e pratica infermieristica*. Bologna: CLUEB.
- Benini S. (2005, maggio-giugno). Prendersi cura di chi cura: riflessioni per una pratica formativa alle cure domiciliari. *Pedagogika*, IX, 3.
- Benini S. (2006). *Pedagogia e infermieristica in dialogo. Per uno sviluppo delle competenze educative e formative nella pratica assistenziale*. Bologna: CLUEB.
- Bertin G. (1986). *Decidere nel pubblico. Tecniche di decisione e valutazione nella gestione dei servizi pubblici*. Milano: ETAS Libri. (citato da Bovina L. (1998) I focus group. Storia, applicabilità, tecnica. *Valutazione*, 1, 1-9).
- Bleza F. (2007, aprile). Quale pedagogia per le professioni sanitarie. *Tutor*, 7, 1, 18.
- Bleza F. (2008). *Un pedagogo nel poliambulatorio. Casi clinici*. Roma: Aracne.
- Bovina L. (1998). I focus group. Storia, applicabilità, tecnica. *Valutazione*, 1.
- Bruzzone D. (a cura di) (2007). *Visiti di cura. Competenze emotive e formazione nelle professioni sanitarie*. Milano: Guerini.
- Bruzzone D. (2012). *Farsi persona. Lo sguardo fenomenologico e l'enigma della formazione*. Milano: Franco Angeli.
- Bruzzone D. (2013). *Viktor Frankl. Fondamenti psicopedagogici dell'analisi esistenziale*. Roma: Carocci.
- Boffo V. (a cura di) (2006). *La cura in pedagogia. Linee di lettura*. Bologna: Clueb.
- Boffo V. (2011) *Relazioni educative: tra comunicazione e cura. Autori e testi*. Milano: Apogeo.
- Boffo V. (2012). *Work and Person: Sense, Care and Relations*. In V. Boffo (ed.), *Glance at Work. Educational Perspectives*. Firenze: Firenze University Press.
- Codice Deontologico (2016, novembre). *Prima stesura Codice Deontologico dell'Infermiere novembre*. Presentazione Consiglio Nazionale Roma.
- Corrao S. (1999). Il focus group: una tecnica di rilevazione da scoprire. *Sociologia e ricerca sociale*, 60, 94-106.

- Dato D. (2014). *Professionalità in movimento. Riflessioni pedagogiche sul "buon lavoro"*. Milano: Franco Angeli.
- De Mennato P. (2012a). La formazione iniziale degli studenti di Medicina e delle professioni della cura. *Salute e Territorio*, 191, 32, 92-97.
- De Mennato P. (2012b). Medical Professionalism and Reflexivity. Examples of training to the sense of 'duty' in medicine. *Educational Reflective Practices*, 2, 15-33.
- De Mennato P., Formiconi A. R., Orefice C., & Ferro Allodola V. (2013). *Esperienze estensive. La formazione riflessiva nella Facoltà di Medicina di Firenze*. Lecce: Pensa Multimedia.
- Di Lellio A. (1985). Le aspettative sociali di durata, intervista a Robert K. Merton. *Rassegna italiana di sociologia*, XXVI, 1, 3-26.
- Franceschetti M. (2016). *Le professioni sanitarie: dinamiche settoriali, conoscenze e skills da aggiornare*. Osservatorio Isfol, VI, 1-2, 69-83.
- Frisina A., (2010). *Focus group. Una guida pratica*. Bologna: Il Mulino.
- Gallelli R. (1988). *Salute, cultura, educazione*. Bari: Adda Editore.
- Gallelli R. (2012). *Salute come benessere. Modelli di ricerca educativa*. Lecce: Pensa Multimedia.
- Guglielmi D. (1999). La metodologia del focus group. *Risorsa Uomo*, 2, 227-231.
- Iavarone M. L. (2008). *Educare al benessere*. Milano: Mondadori.
- ISTAT (2013). *Rapporto annuale del paese. Andamento del mercato del lavoro nel 2012*.
- Kanizsa S. (1994). *L'ascolto del malato*. Milano: Guerini e Associati.
- Kanizsa S. (1996). *Apprendere nei servizi socio-sanitari*. Roma: NIS.
- Kanizsa S. (2006). *La scuola in ospedale*. Roma: Carocci.
- Kanizsa S. (2013). *La paura del lupo cattivo. Quando un bambino è in ospedale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Krueger R. A. (1994). *Focus groups. A Practical Guide for Applied Research*. Newbury Park: Sage Publications.
- Lotti A. (2012). Modelli di apprendimento e formazione del personale di cura. *Quaderni*, 19(3), 124-127.
- Marone F. (2006). *Emozioni e affetti nel processo formativo*. Pisa: Edizioni ETS.
- Marone F. (2012). *Le relazioni che curano: percorsi pedagogici per le professioni sanitarie*. Lecce: Pensa Multimedia.
- Mezirow J. (1991/2003). Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti (R. Merlini Trans.). Milano: Cortina Raffaello.

- Morin E. (2015). *Insegnare a vivere. Manifesto per cambiare l'educazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Mortari L. (2015). *Filosofia della cura*. Milano: Cortina Raffaello Editore.
- Rossi C. (2013). *L'infermiere di ieri e di oggi. La nostra storia attraverso le leggi*. U.L.S.S.15.: AP Edizioni.
- Sasso L., Lotti A., Gamberoni L. (2003). *Il tutor per le professioni sanitarie*. Roma: Carocci.
- Schon D. (1993). *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Bari: Dedalo Edizioni.
- Urso F. (2009). *Orizzonti di speranza nel mondo della fragilità e della salute*. Taranto: Sds Editore.
- Wenger E. (1996). Communities of practice: the social fabric of a learning organization. *Healthcare Forum Journal*,39(4), 20-26.