

1/2005

ISSN 1722-2214

Infermiere

a P A V I A



Vita di collegio

SOMMARIO

Editoriale	2
Una figura nuova e antica: il Tutor	3
L'apprendimento delle competenze gestuali	7
L'applicazione di uno strumento di valutazione per l'esame di tirocinio nel corso di Laurea in Infermieristica	10
Nurse Forensic - L'infermieristica Legale	12
Antropologia e magia nella cura dell'Altro	14
Dov'è il Guatemala	18
Infermiere e Bioetica: da incontro inevitabile a scelta consapevole	20



EDITORIALE

Questa è una grande stagione di impegni per Pavia ma anche per tutta la regione Lombardia.

Al rinnovo le cariche Amministrative e Politiche, quali aspettative per la professione infermieristica?

La politica si sa, è fatta di promesse, intenti, programmi e decisioni.

I candidati Sindaci del comune di Pavia sono stati coinvolti in un confronto aperto e costruttivo con i vertici del nostro Collegio Provinciale per comprendere quali impegni intendono sviluppare, se eletti, per migliorare le condizioni assistenziali della popolazione e della professione infermieristica.

Anche l'assessore alla Famiglia della nostra Regione Giancarlo Abelli, ha voluto conoscere meglio le esigenze degli infermieri, ma soprattutto ha preso impegno a riconoscere e implementare un progetto sperimentale sull'Infermiere di famiglia in caso di conferma del suo assessorato.

Di contrappunto risponde da Milano il candidato alla Regione Riccardo Scarfatti con un incontro sul progetto di riforma delle professioni.

Bene, dopo lunghi periodi in sordina, periodi nei quali la professione infermieristica però, ha continuato a tracciare rotte e cucire rapporti con istituzioni locali e centrali della regione, comincia la visibilità politica per gli infermieri.

La nuova e maggiore professionalizzazione degli infermieri, e le responsabilità assegnate a questi operatori della salute in un contesto in cui la carenza di risorse appare sempre più emergente e critica, rendono infatti oggi più che mai imprescindibile il sostegno delle istituzioni e delle forze politiche.

Ciò affinché gli infermieri siano riconosciuti quali risorsa strategica per il sistema sanitario e protagonisti di una "nuova sanità", che faccia proprio il concetto di integrazione fra ospedale e territorio, e che coniughi i principi dell'organizzazione con la responsabilità del processo assistenziale, in armonia e nel rispetto dei progetti dell'OMS.

È nostro obiettivo, quindi, costruire sinergie collaborative per favorire il raggiungimento di concrete azioni di programmazione e gestione, basate sul riconoscimento delle singole competenze, responsabilità e autonomie, nell'ottica di rispondere con criteri di eccellenza ai bisogni di salute.

Il quadro politico sanitario della Regione Europea, presenta un nuovo tipo di infermiere, l'Infermiere di Famiglia, che offrirà un contributo fondamentale in seno all'equipe multidisciplinare di figure sanitarie, al raggiungimento dei 21 obiettivi per il XXI secolo definiti da questa politica.

Basandosi sulle competenze derivate dalla definizione OMS

del poliedrico ruolo dell'Infermiere di Famiglia, è stato redatto un curriculum che servirà a preparare infermieri qualificati ed esperti in questo nuovo ruolo. Il curriculum enfatizza l'integrazione tra teoria e pratica.

La Seconda Conferenza Ministeriale della Regione Europea dell'OMS sulle cure infermieristiche ed ostetriche svoltasi a Monaco nel 2004 ha riunito i 50 Stati membri (tutti rappresentati da delegazioni ministeriali) intorno alla realizzazione dei grandi temi di *Salute 21* ed al contributo di Infermieri ed Ostetriche.

Punti cardine:

- la realizzazione delle priorità in materia di tutela della salute attraverso un'azione concertata fra Infermieri, Ostetriche ed altri professionisti della salute in partnership con i consumatori
- ruolo strategico nei sistemi sanitari dei servizi centrati sulla famiglia e sulla comunità

- centralità dell'infermiere di famiglia
- empowerment dei pazienti e delle famiglie
- cure basate sull'evidenza
- predisposizione di percorsi formativi coerenti con gli obiettivi *Salute 21* sia a livello di formazione di base che complementare
- partecipazione degli Infermieri e delle Ostetriche al decision making in materia di politiche sanitarie nei vari Paesi
- risorse umane come motore delle riforme dei sistemi di cura.

Bene, tutto questo in uno scenario dove fin da subito è emersa chiara l'immagine di due o più "Europa". Intanto un'Europa occidentale dei Paesi dell'UE con disparità ma pur sempre ricca, dove le grandi turbolenze sociali e politiche appartengono ad un passato remoto. Poi un'Europa orientale che declina al presente guerra, precarietà economica, turbolenze sociali, disuguaglianze fra stra-potere di pochi nuovi ricchi e tanti poveri di sempre.

Se è vero che in tutta Europa esistono problemi comuni di salute, le condizioni socioeconomiche incidono pesantemente sulla morbilità e sulla speranza di vita della popolazione. La povertà rappresenta un forte ostacolo alla realizzazione di programmi di promozione e tutela della salute e Infermieri e Ostetriche, che tra i professionisti della salute sono a più stretto contatto con le fasce deboli e sfavorite, sono spesso impossibilitati ad offrire risposte coerenti con i bisogni individuati.

Tutti i Paesi più avanzati, accanto ad una politica di potenziamento dei programmi formativi, hanno sostenuto di pari passo politiche di miglioramento retributivo: questi due aspetti risulterebbero inscindibili sia per promuovere l'immagine ed il riconoscimento della professione, sia per incentivare le politiche di reclutamento degli infermieri. Un ulteriore elemento strategico è la conquista di spazi decisionali ai vari livelli istituzionali e governativi, esperienza ormai consolidata in paesi come l'Olanda, l'Inghilterra, la Germania, la Danimarca, il Belgio, la Svezia, l'Islanda etc. i cui rappresentanti hanno sostenuto con forza l'irrinunciabilità del contributo della professione infermieristica nell'ambito dei piani di sviluppo dei programmi di salute della comunità.

Quali sono per la professione infermieristica gli obiettivi strategici che La politica Nazionale Regionale e Locale in sintonia con le indicazioni dell'OMS e della UE dovrebbe presidiare nel prossimo mandato istituzionale:

- assicurare la partecipazione degli infermieri e delle ostetriche nei processi decisionali a tutti i livelli di sviluppo ed attuazione della politica;
- fornire incentivi finanziari e opportunità di sviluppo di carriera;
- migliorare la formazione di base e quella continua e l'accesso alla formazione infermieristica e ostetrica superiore;
- creare opportunità per infermieri, ostetriche e medici di imparare insieme a livello universitario e post-universitario, in modo tale da garantire un lavoro cooperativo e interdisciplinare nell'interesse di una migliore assistenza al paziente;
- sostenere progetti di ricerca e la divulgazione di informazioni al fine di sviluppare una base di conoscenza ed evidenza per la pratica infermieristica e ostetrica;
- offrire opportunità di creare e sostenere programmi e servizi infermieristici ed ostetrici orientati alla famiglia inserendo, dove possibile, l'Infermiere di Famiglia;
- promuovere i ruoli degli infermieri e ostetriche nella salute pubblica, nella promozione della salute e nello sviluppo della collettività.

Non posso e non voglio dire come potrà risolversi questa tornata elettorale Comunale e Regionale, ma posso comunque assicurare a tutti gli iscritti, che chiunque dovesse andare al governo del Comune di Pavia e della Regione Lombardia, dovrà necessariamente confrontarsi con le richieste presentate che a seguito andiamo ad illustrarvi.

Chiedo pertanto a voi, carissimi colleghi, di partecipare a tutte le riunioni elettorali e politiche che nei giorni seguenti saranno organizzate sui temi sanitari e sociali, per aiutarci con la vostra presenza a manifestare la nostra forza politica nel voler realizzare gli obiettivi richiesti.

Enrico Frisone

Presidente Collegio Infermieri Assistenti Sanitarie
Vigilatrici D'infanzia Provincia di Pavia

Infermiere a Pavia
Rivista trimestrale del Collegio IP.AS.VI di Pavia
Anno XIIV n. 1/2005 gennaio-marzo 2005

Editore	Collegio Infermiere professionali, Assistenti Sanitarie, Vigilatrici d'Infanzia della Provincia di Pavia
Direttore Responsabile	Enrico Frisone
Capo Redattore	Giuseppe Braga
Segreteria di Redazione	M. Bergognoni
Comitato di Redazione	M. Bergognoni, O. Bonafè, G. Braga, M. Cattanei, S. Conca, S. Giudici, R. Rizzini, A.M. Tanzi
Hanno collaborato a questo numero	L. Belloni, M.G. Cividari, A. Destrebecq, M. Nucchi, C. Mossi, P. Ripa, L. Sacchi, F. Vezzoli
Impianti e stampa	Gemini Grafica snc - Melegnano (MI)
Direzione, Redazione, Amministrazione	Via Lombroso, 3/B - 27100 Pavia Tel. 0382/525609, Fax 0382/528589 CCP n. 10816270

I punti di vista e le opinioni espressi negli articoli sono degli autori e non rispettano necessariamente quelli dell'Editore. Manoscritti e fotografie, anche se non pubblicati, non saranno restituiti.

Registrazione presso il Tribunale di Pavia n. 355 del 08.02.1989.
Spedizione in abb. postale - Comma 20/C 2 L. 662/96 - Fil. di Pavia.
La rivista è inviata gratuitamente agli iscritti al Collegio IP.AS.VI di Pavia. Finito di stampare nel mese di marzo 2005 presso Gemini Grafica snc di S. & A. Girompini, Melegnano (MI)

UNA FIGURA NUOVA E ANTICA: IL TUTOR

■ **Marta Nucchi ***

La funzione del tutor, in alcuni contesti organizzativi attraversa una crisi d'identità e, in altri, invece, non pare ancora ben definita. Sembra sia superata la fase del pionierismo, che caratterizzava buona parte delle scuole per infermieri professionali fino agli anni 90, nelle quali, spesso, era presente una sorta di sperimentazione personale connotata più da buona volontà che da conoscenze pedagogiche e da esperienze cliniche pregevoli.

Oggi è irrinunciabile definire alcuni parametri di riferimento che sembrano da consolidare. Per chi opera nell'area della formazione sanitaria c'è la necessità di rispondere a nuove sfide, imposte dall'attuale complessità sociale e dal mondo del lavoro che si fa sempre più esigente a causa delle mutate condizioni organizzative dell'attività assistenziale, del rapido sviluppo delle tecnologie diagnostiche e delle continue scoperte mediche in ambito terapeutico.

L'area di riflessione, che si apre a chi studia i problemi legati alla formazione, contiene numerosi interrogativi. E' chiesto che l'ambiente formativo sia testimonianza di conoscenza intellettuale nel senso etimologico della parola, dell'intus legere, allo scopo di comprendere sia le voci inesprese e sotterranee, sia quelle voci capaci di arrivare in superficie.

La formazione diventa problematica quando si è incapaci di mettersi in discussione e/o se il lavoro di docenza al gusto di conoscere novità, è carente di

- approfondita conoscenza dei principi e dei criteri pedagogici,
- esperienza di metodologie per una didattica attiva che renda attore il discente,
- profonda conoscenza del contenuto disciplinare da trasmettere e degli scopi per cui è necessario che lo studente apprenda,
- sincera condivisione con gli studenti dei loro slanci e premura per appianare le loro difficoltà,
- soddisfazione per il reciproco insegnamento-apprendimento.

Si delineano alcune difficoltà per il formatore che "ascolta" i bisogni emergenti.

Non sempre il "buon" docente, identificabile come colui che è capace di tra-

smettere i contenuti di una disciplina, soddisfa l'esigenza dello studente. Questi, infatti, è anche bisognoso di acquisire l'abitudine al raziocinio, in modo da essere allenato

- ad osservare le situazioni in maniera riflessiva,
 - ad argomentare le sue tesi,
 - a giustificare le sue decisioni,
- il tutto come opportuna risposta alle richieste dell'attuale, complesso, mondo del lavoro.

D'altra parte, il discente ha una sorta di disagio per il quale fatica ad assemblare le diverse discipline apprese, in modo che diventino un suo patrimonio individuale, facendo sinergia tra l'esigenza di sapere e le capacità comportamentali.

Fin dall'antichità i giovani hanno tratto beneficio dalla vicinanza di un adulto che li aiutasse a diventare ciò che avrebbero voluto o dovuto essere, un esempio: Ulisse, durante la sua assenza da Itaca, affidò il figlio Telemaco a Mentore affinché lo proteggesse dalle influenze negative e lo aiutasse ad acquisire le conoscenze necessarie al suo ruolo di futuro re. Mentore non si doveva sostituire a Telemaco, ma, semplicemente, essere il suo sostegno nel conoscere le proprie potenzialità e nello svilupparle, allo scopo di raggiungere un ruolo all'interno di un gruppo sociale definito.

Tutor è un vocabolo latino ed il verbo "tueri", da cui deriva, è traducibile con difendere, sostenere, salvaguardare, scortare, favorire e proteggere.

Oggi, come nel lontano mondo dei latini, il tutor è la persona che protegge e guida un individuo con l'obiettivo di aiutarlo a transitare dallo stato di dipendenza a quello dell'autonomia.

Alla domanda: *quali compiti potrebbe e/o dovrebbe svolgere un tutor con le persone che gli si affidano?*, si può provare una sorta di disagio, soprattutto se viene chiesto uno di quegli elenchi, o linee guida che vanno per la maggiore e che, almeno in apparenza, dovrebbero semplificare il lavoro di chi desidera cimentarsi in un compito educativo.

In realtà la lista prestampata è perfetta se dobbiamo governare il funzionamento di una macchina, allorché ci si può attaccare alle specifiche tecniche oppure al manuale d'uso per l'operatore, per mettere a posto le cose. In caso d'emergenza si consulta l'indice, si va alla pagina indicata, si trova la risposta e si agisce per far

funzionare ciò che non funziona.

Lo stesso metodo, però, è contestabile se applicato alle relazioni interpersonali impegnative e, ancor meno è adatto nei rapporti tra tutor e discenti, anzi qui rischia di generare effetti indesiderati di non lieve entità.

Almeno a parole, tutti concordano in merito alle affermazioni sopra esposte, ognuno può convenire nel considerare gli studenti talmente originali e "plastici" che i principi generali, se applicati con rigore e rigidità, possono impoverirne le potenzialità.

Qualsiasi sia l'età anagrafica degli studenti, si può parlare d'evoluzione in atto: è necessario tener presente che le persone in formazione costituiscono un panorama tutt'altro che immobile, senza contare che, se si trattasse di panorama fisso non sarebbe educabile, avendo già trovato un proprio definitivo assetto.

Con gli studenti questo rischio non esiste, sono tutto meno che stabilizzati: la loro condotta è un insieme di manifestazioni complesse, ricche d'inventiva ma, anche, svagate, nel senso che sembrano non avere mete precise e, quindi, turbano ed ostacolano il normale svolgimento di eventi programmati.

L'AUTOREVOLEZZA DEL TUTOR

Lo studente rappresenta uno scrigno di possibili sorprese, a partire dalle motivazioni per le quali ha desiderato, è stato spinto oppure ha avuto la necessità di entrare nel mondo della formazione, per continuare con le sue ansie e le sue aspettative di conoscere, per le strategie personali che, spesso, scaturiscono dalle esperienze compiute nei pregressi periodi di formazione e, in generale, per le sue esperienze di vita che lo hanno "segnato" nel bene e nel male.

Il tutor, che ha il sotteso compito di proteggere, sostenere e difendere lo studente, spesso si trova anche a doverlo difendere da se stesso sia quando in lui predominano atteggiamenti di frettoloso entusiasmo per arrivare al traguardo, usando scorciatoie non produttive, sia, al contrario, se sono troppo evidenti gli atteggiamenti di disinteresse per lo studio infermieristico.

La preoccupazione principale del tutor dovrebbe essere quella di non ingabbiare lo studente negli schemi tipici del mondo del lavoro nel quale, istintivamente, si tende a perpetuare consuetudini che, poi-

ché tali, sembrano soluzioni agevoli ed opportune.

Secondo tale visione, uno studente che sta troppo al proprio posto e non disturba la quiete dei docenti in genere e del tutor in particolare, sembrerebbe costituire l'elemento facilitante per operare nella formazione.

Questa comoda rappresentazione deve essere, necessariamente, rovesciata.

Decidere di allenare lo studente a fidarsi dei propri talenti, significa sconfessare la pretesa di molta pedagogia che infantilizza ed enfatizza il ruolo di guida che dovrebbe recitare il tutor senza fantasia.

Sull'importanza del tutor, come figura guida, non si può eccepire, ma la materia diventa molto delicata quando si cerca di articolare una lettura più fine e meditata: la funzione tutoriale non può essere una sorta di forzata ipoteca sull'esistenza degli studenti, perché si preparerebbe un attentato alla loro originalità ed alla loro autonomia di pensiero.

Il tutor autoritario chiede agli studenti di ricalcare le sue orme. Il tutor autorevole è ben altro. E' così *attento nell'ascolto* dello studente che comprende anche ciò che non viene verbalizzato ed è così *competente* da non temere la creatività dello studente, il quale potrebbe trovare soluzioni nuove a problemi già da tempo risolti.

Naturalmente il tutor autoritario è fuori strada!

Le decisioni, anche le migliori, prese "a priori" sono molto indicate in una fabbrica di cloni, ma sarebbero umanamente intollerabili persino se il tutor fosse particolarmente illuminato.

Il tutor non può condurre gli studenti dove lui stesso non è in grado di arrivare, la sua autorevolezza è destinata a sbriciolarsi se non è fondata su questa premessa, oppure se pretende di mantenere le sue posizioni ricorrendo a metodi correttivi, contenenti palesi o subdoli ricatti, poiché il risultato finale sarà uno scollamento irrimediabile tra chi guida e chi segue.

L'autentico terapeuta, inteso come persona esperta nello studio e nell'applicazione di metodi di cura, deve imparare a vedere con gli occhi e ad udire con le orecchie del paziente.

Lo stesso principio, in forma amplificata, vale nel rapporto interpersonale tra tutor e studenti. Seguendo questa strada è molto probabile che si possano costruire buone prassi educative, in altre parole, è lecito ritenere che le azioni tutoriali scaturiscano da atteggiamenti mentali di rispetto della dignità del discente unito alla ferma volontà di essere per lui un

sostegno.

Allora, gli interventi tutoriali non ricercano cameratismi inopportuni e, neppure, teorizzano opinioni dubbie e senz'alcuna evidenza scientifica, magari mascherate dietro intenzioni apparentemente democratiche.

Il tutor, autentico, agisce sul solido terreno del rispetto per il singolare universo presente in ogni studente che gli è affidato o gli si affida.

Il tutor autoritario è, spesso, un professionista fragile, è una persona che vuole circoscrivere i confini del rapporto tutoriale nell'interno dei limiti rassicuranti delle regole stabilite una volta per tutte, dove il potere diventa arrogante e non ammette di essere messo in discussione.

Il tutor che, ogni giorno, non muove il primo passo per andare davvero incontro allo studente, forse, teme di scoprire che dietro il paravento di una presunta autorità non c'è legittimità al ruolo che ricopre.

Se così fosse, allora, faccia altro nella vita!

Il ruolo e la funzione del tutor sono realtà operative difficili ma, nel contempo, di grande soddisfazione, tale da giustificare l'impegno quotidiano con le fatiche e le frustrazioni che, a volte, quest'impegno comporta.

LE FORMAZIONI

Chi investe in formazione si aspetta un ritorno preciso: chiede un valore aggiuntivo all'investimento, in altre parole desidera che l'attività formativa

- raggiunga lo scopo cui è destinata,
- certifichi l'aumento delle sue conoscenze,
- veda riconosciute le sue capacità di fornire adeguate prestazioni, coerentemente con le competenze che si può legittimamente attribuire.

La qualità del processo formativo pone l'accento sull'apprendimento che valorizza il risultato della formazione, piuttosto che porre l'enfasi sul processo formativo stesso. Si è concordi nel costatare che l'apprendimento ha un suo intrinseco valore ed è capace di generare valore, quindi autorevolezza per la persona che ha compiuto la fatica ed ha impiegato il suo tempo per apprendere.

Il singolo perviene ad un continuo apprendimento, ma per organizzare il suo lavoro (d'aula o fuori aula) spesso ha bisogno di un facilitatore d'apprendimento e, in ogni caso, ne sente l'influsso benefico. Tale professionista predispone il funzionamento delle diverse competenze: il suo agire ha lo scopo di migliorare

oppure di attivare i processi educativi.

Il lavoro sinergico dello studente e del tutor favorisce le attività di scambio esperienziale, con l'intento di trascinare il progetto formativo all'interno della realtà che interagisce con l'attività di studio, di riflessione e di lavoro.

La formazione, con i suoi meccanismi che attivano l'apprendimento, è governata da tecniche e da metodi razionali. Si sviluppa nell'ambito di discipline e si estrinseca in comportamenti: questa *visibilità* è sostanzialmente affiancabile all'*invisibilità*, cioè a contenuti non valutabili ed apparentemente irrazionali che, però, sono evidenti nella loro impalpabilità.

L'apprendimento, nella maggior parte dei casi, si distingue in individuale e collettivo ma, sempre, è la costituente fondamentale della storia della persona che, in maniera autentica, impara quando interiorizza ed acquista la consapevolezza nell'abilità di trasformare il sapere di altri in sapere proprio, personale e generabilizzabile alle diverse situazioni della sua vita.

La capacità di riflettere e di sperimentare, in merito ai diversi problemi della quotidianità, è frutto di esperienze positive e negative che, comunque, hanno fornito alla persona alcune competenze strategiche.

La formazione invisibile contribuisce, attraverso la cultura,

- ad accelerare i tempi di apprendimento,
- a ridurre gli errori dell'esperienza individuale,
- a far più ricco il campo cognitivo, soprattutto se e quando l'agire si fa immateriale o scarsamente oggettivabile.

UN RUOLO DA COSTRUIRE

La molteplicità dei possibili contenuti di ogni azione tutoriale rende apprezzabile il processo di costruzione del ruolo che ogni tutor mette in atto, nel complesso delle circostanze e delle situazioni specifiche della sua attività professionale.

Qualunque sia l'ambito in cui opera, la figura tutoriale suscita, nei suoi interlocutori, attese variegata e la definizione del ruolo non è operazione lineare e neppure con effetti scontati. E' così per i tutor nelle organizzazioni, nelle università, nelle scuole, nelle azioni di sostegno individuali oppure a gruppi che si trovano in situazioni di disagio.

Per rispondere con chiarezza all'interrogativo di cosa fa il tutor, è necessaria una lunga negoziazione che coinvolge lo stesso tutor insieme ai non pochi suoi interlocutori.

È necessario riconoscere il possibile contributo che può dare un tutor e, con consapevolezza, gestire il processo di costruzione del suo specifico ruolo per avere un punto di partenza affinché l'azione tutoriale sia efficace

- nel risultato formativo,
- nella buona qualità della relazione da instaurare coi possibili interlocutori,
- nello sviluppo di un'immagine di sé positiva, perché se ne riconosce la competenza.

La legge 19 novembre 1990, n. 341, "riforma degli ordinamenti didattici universitari" contiene l'articolo 13, dedicato al tutorato.

Il secondo comma precisa che il tutorato è finalizzato a

- orientare e assistere gli studenti lungo tutto il corso degli studi,
- renderli attivamente partecipi del processo formativo,
- rimuovere gli ostacoli a una proficua frequenza ai corsi, anche attraverso iniziative rapportate alle necessità, alle attitudini e alle esigenze dei singoli.

Il citato articolo 13 prevede, inoltre, che il tutor non sia una figura isolata. Il tutorato caratterizza l'aspetto innovativo della didattica universitaria ed è un servizio regolamentato sotto la responsabilità dei consigli delle strutture didattiche. Per la figura tutoriale la legge prevede un preciso scopo: collaborare con gli organismi di sostegno al diritto allo studio e con le rappresentanze degli studenti, in modo da concorrere alle complessive esigenze di formazione culturale degli studenti ed alla loro congiunta partecipazione alle attività universitarie.

La corretta applicazione della legge n. 341 si è dimostrata un po' difficoltosa, comunque sono numerose le persone concordi nell'affermare che questa norma ha tutte le caratteristiche per dare una marcia in più alle università, modificando il modello di rapporto tra i professori ed i discenti: con il tutorato si avvicinano due interlocutori che, spontaneamente, dialogano con poca facilità al di fuori del classico schema in cui il docente sta in cattedra e parla ad un numeroso gruppo di ascoltatori e i discenti seguono le lezioni in modo, per lo più, passivo.

Il tutor che sceglie di evitare la marginalità, lui stesso docente, insieme ai colleghi, intraprende un dialogo diretto con la rete istituzionale degli interlocutori, si colloca – in senso figurato – al centro dell'aula e sente su di sé la piena responsabilità in riferimento ai risultati di apprendimento dei partecipanti; così facendo il

tutor valorizza al meglio la conoscenza del processo formativo che matura, via via, nel corso della sua esperienza.

La posizione centrale nel processo formativo permette al tutor di orientare la realizzazione del massimo potenziale di apprendimento degli studenti attraverso le azioni e le decisioni. Anche per i docenti diventa una risorsa in quanto può contrastare l'emergere di eventuali autoreferenzialità disciplinari, per favorire l'integrazione dei diversi insegnamenti e farli convergere verso lo scopo per il quale avviene la formazione stessa.

A titolo esemplificativo, si possono individuare alcune azioni:

a) *lavorando con i docenti* il tutor:

- contribuisce alla progettazione delle attività di insegnamento-apprendimento con contenuti interdisciplinari che favoriscano il raccordo finalizzato agli obiettivi formativi,
- puntualizza qual è il carico di attività formativa compreso il lavoro individuale dello studente,
- comunica quali sono le richieste più ricorrenti che gli studenti formulano;

b) *negli incontri individuali o di gruppo con gli studenti*:

- offre chiarimenti a proposito di quei contenuti disciplinari di difficile comprensione e/o aggancia la teoria (che non sempre è parte del background studentesco) con esemplificazioni di natura pratica,
- concretizza l'insegnamento ragionando sulle possibilità di utilizzo delle conoscenze e delle abilità focalizzate nel corso,
- individua percorsi e strategie di apprendimento personalizzati.

In ambito organizzativo le azioni di tutorato, genericamente, rientrano nei processi d'inserimento e di socializzazione organizzata.

Il ruolo del tutor è essenzialmente di orientamento a conoscere l'organizzazione del lavoro ed è propedeutico allo svolgimento oppure alla ricerca del lavoro stesso.

La funzione tutoriale può essere concepita come insieme di azioni dedicate e legate ad un oggetto specifico d'apprendimento, spesso tali azioni possono risultare sovrapponibili alla didattica formale oppure alla classica attività di supervisione.

Quando si cerca di definire il ruolo di tutor, all'interno di un contesto organizzativo è, comunque, difficile trovare la giusta strutturazione. La funzione è sempre sin-

crona a qualcosa strutturalmente esistente e funzionante, il tutor, pertanto, agisce come supporto e non può prendere decisioni dirette sul processo d'apprendimento o di lavoro: il "materiale umano", su cui il tutor lavora, è in prima persona il soggetto stesso (sia il docente, sia il discente, sia il capo di un'unità operativa) che diventa il punto di convergenza per la discussione e per il confronto.

I due cardini, che nella logica organizzativa permettono la formazione di ragionevoli obiettivi tutoriali, potrebbero essere sintetizzati così:

- 1) *accompagnare* una persona o un piccolo gruppo di persone in una fase specifica dell'iter di apprendimento al lavoro, sullo stesso terreno di attività,
- 2) *monitorare* l'apprendimento al lavoro così che sia coerente lo sviluppo di conoscenze e di competenze che riguardano la persona, il gruppo e l'organizzazione.

In ogni caso il tutor è figura di supporto e garante metodologico per gli operatori e per gli studenti che s'inseriscono nel reale contesto di lavoro.

RESPONSABILITÀ TUTORIALE

Il tutor è facilitatore del percorso di formazione, orienta lo studente verso modi d'operatività all'interno della professione perché trasmette modelli professionali di qualità elevata, non solo per le intenzioni dichiarate ma anche per ciò che è percepito, sia dall'assistito e dalla sua famiglia, sia dall'azienda e, quindi, dai professionisti dell'azienda stessa.

Il tutor è la testimonianza vivente che l'agire umano è responsabile; tale responsabilità è di *natura intellettuale*, per la radicata conoscenza della scienza etica e di *natura pratica* per la costante e convinta adesione al codice deontologico.

Proprio perché il tutor favorisce il processo d'apprendimento, lo mette nelle migliori condizioni per diventare attivo e partecipe di processi riferibili ad una rete di connessione, che rende possibile il trasferimento della conoscenza agli ambiti organizzativi ed alle realtà operative nuove.

Ecco che, allora, il tutor favorisce la trasformazione delle singole conoscenze teoriche e/o dei singoli gesti in modalità interattiva di apprendimento.

Il codice deontologico dell'infermiere declina la responsabilità, a cui lo studente dovrebbe arrivare non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che gli viene data.

Il tutor esperto attiva con lo studente una serie di riflessioni sulle esperienze che hanno attivato o consolidato l'apprendimento, facendo attenzione al clima e all'ambiente nel quale si formalizza la relazione interpersonale. Affinché lo studente possa assumersi, gradualmente, le sue responsabilità, infatti, è utile che l'analisi delle diverse situazioni sia realistica e le soluzioni agli eventuali problemi siano percorribili con le risorse disponibili.

È responsabilità del tutor, per la sua specifica funzione di facilitatore, ampliare i tradizionali spazi di apprendimento degli studenti; con il contratto di insegnamento-apprendimento si configura una responsabilità tutoriale di cui, forse, non si parla a sufficienza: l'imparare ad apprendere è un esercizio faticoso e non si realizza con casualità, anzi chiede che si pianifichi, si contrattino tempi e modi, si supervisioni, si verifichi e si valuti.

La responsabilità del tutor è nascosta ma irrinunciabile: lavorare per rendere responsabile lo studente.

PER UNA MOMENTANEA CONCLUSIONE

L'adulto esperto che "sostiene" la persona inesperta è, probabilmente da sempre, un comportamento scritto nel genoma umano; volendone fare una lettura trasversale è consentito evincere tre fattori che influiscono sul processo di costruzione del ruolo e delle funzioni tutoriali.

Il primo fattore è costituito dal tutor stesso che è consapevole dell'utilità di ben delineare il suo ruolo, al di là di ciò che è ufficializzato nei documenti progettuali e dalle attese esplicitate dai diversi interlocutori.

Il tutor deve porsi il problema del suo specifico ruolo per dar voce alle aspettative ed ai desideri che percepisce, avviando una negoziazione in merito agli spazi che può occupare all'interno di una organizzazione e deve ottenere che la sua condotta operativa sia riconosciuta dagli interlocutori istituzionali che, si spera, vogliono pubblicizzarla in maniera formale.

Il secondo fattore richiama la necessità di essere gruppo nel senso che, se dapprima il tutor deve tendere al riconoscimento del suo ruolo, successivamente ha una sorta di obbligo morale che consiste nella necessità di confrontarsi tra i suoi pari, cioè gli altri tutor.

Un gruppo di tutor che formula ipotesi a proposito delle diverse maniere ritenute adatte ad esprimere la propria professionalità, alimenta il potenziale di immaginazione del singolo in merito ai diversificati modi possibili di esprimersi nella quotidiana attività.

Da non dimenticare, inoltre, che il gruppo rende ogni tutor maggiormente espressivo e ricco di significato, nei confronti dei possibili interlocutori con i quali bisogna trovare un accordo in merito alle funzioni ed alle responsabilità connesse con l'attività tutoriale.

Nessun tutor dovrebbe essere percepito come un isolato; deve essere chiaro che "appartiene" al suo gruppo in quanto componente laborioso e propositivo, determinante nel progredire dei professionisti che entrano in proficua relazione tra loro, interagiscono in maniera diretta e svolgono attività coordinate.

Il terzo fattore è rappresentato dall'uso di strumenti di coordinamento e di comunicazione specificatamente pensati e dedicati al tutor, ad esempio incontri periodici, compilazione di schede di monitoraggio, diario di bordo, ed altri ancora che possono essere suggeriti dalle situazioni e/o dalle personalità dei singoli tutor.

Questi strumenti hanno il primario obiettivo di fare gruppo, ma consentono anche di far circolare le informazioni in maniera capillare e rapida, così che si alimenti la competenza di ciascun tutor.

Gli strumenti di coordinamento evitano lo sbando e permettono al singolo tutor di intervenire sul processo di insegnamento-apprendimento, sostenuto dal personale desidero di costruire un ruolo che non sia frutto di inventiva individuale, ma servizio per chi, senza di lui, potrebbe raggiungere la meta con maggiori difficoltà.

Bibliografia

- Cortese C.G., Rossi A., Costruire il ruolo del tutor. For rivista per la formazione, 2004, n. 58: 16 - 21.
- Nucchi M., Pacciani A., Il tutorato nel diploma universitario in scienze infermieristiche. Anime e Corpi, 1996, n. 186: 447 - 467.
- Nucchi M., Il tutor: chi è, cosa fa?, Professioni infermieristiche, 1997, 50, n. 1: 21 - 24.
- Nucchi M., La formazione dei formatori nelle università. Interprofessionalità, 2000, 9, n. 78: 3 - 8.
- Peroni A., Etica e deontologia, Mc Graw-Hill, 2002, Milano.
- Piccardo C., Benozzo A., (a cura di) Tutor nell'opera, Guerini e Associati, 2002, Milano.

L'autore

* Professore associato Infermieristica (Med 45) presso Università degli Studi di Milano

Elezioni rinnovo Consiglio Direttivo

Ricordiamo a tutti gli iscritti agli Albi professionali IPASVI che quest'anno scade il mandato triennale del Consiglio Direttivo.

Pertanto al termine di quest'anno si svolgeranno le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e per il Collegio dei Revisori dei conti.

Tutti gli Iscritti sono eleggibili.

Chi intende presentare la propria candidatura è invitato a contattare la segreteria del Collegio per ritirare il modulo per la candidatura.

Ampio spazio verrà offerto nelle pagine della Rivista per la divulgazione delle candidature e dei programmi che i candidati intendono proporre agli elettori.

**Il Consiglio Direttivo
e il Collegio dei Revisori dei conti**

L'APPRENDIMENTO DELLE COMPETENZE GESTUALI

L'esperienza del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano

■ Anne Destrebecq *

PREMESSA

L'evoluzione della professione infermieristica ed i mutamenti dello scenario sanitario, meritano considerevole attenzione ed impongono una capacità di visione dinamica della formazione infermieristica universitaria soprattutto per quanto riguarda l'apprendimento clinico, che dovrebbe staccarsi dal puro concetto di sede di integrazione ed applicazione del sapere teorico per avvicinarsi, così come afferma Schon (1993), a quello di tirocinio come produzione di nuovi saperi.

La premessa indispensabile per progettare un percorso formativo clinico è l'analisi del ruolo della figura professionale che si intende formare, in questo caso l'infermiere, per rispondere in modo pertinente al mandato sociale.

L'infermiere, nell'assunzione del suo ruolo, esplica le proprie funzioni (assistenziale, organizzativa, educativa e di ricerca) esprimendo le competenze richieste con valenza più o meno intensa secondo la specifica situazione. Le competenze sono dunque "qualcosa che fa parte del repertorio di ciascun individuo", sono cioè delle abilità che le persone possono utilizzare in una varietà di situazioni e di contesti lavorativi.

Le competenze infermieristiche, intese come capacità, sono riconducibili a tre ambiti: cognitivo, gestuale e di comunicazione interpersonale (Guilbert, 2002) e si manifestano nello svolgimento di attività specifiche con intensità diversa.

Il primo passo della programmazione dell'apprendimento clinico prevede l'individuazione delle core competences in cui vengono delineate le competenze professionali essenziali. La seconda fase del percorso consisterà nell'identificazione del core formativo (partendo dalle core competences si definiscono gli obiettivi formativi, i percorsi di apprendimento, le strategie formative ed i metodi di valutazione).

Le competenze core possono essere riferite all'area metodologica, tecnica, relazionale, deontologica ed organizzativa; lo studente deve acquisire competen-

ze rivolte all'individuazione dei bisogni assistenziali, e relativa pianificazione, erogazione e valutazione dell'assistenza infermieristica richiesta dagli obiettivi formativi. Gli obiettivi presi in considerazione non sono altro che quelli formativi delle attività professionalizzanti previsti dal regolamento e dal manifesto degli studi dell'Università degli Studi di Milano, selezionati per anno in funzione di abilità necessarie al loro raggiungimento.

In questo elaborato, si svilupperà in particolare l'apprendimento delle competenze gestuali nel C.L.I.. La necessità di approfondimento di questa tematica nasce dal fatto che i nuovi corsi di Laurea sono abilitanti alle professioni sanitarie per cui il corso di studi deve facilitare e garantire l'acquisizione di competenze professionali immediatamente utilizzabili al termine dei tre anni del corso di laurea di I livello. Tra queste competenze professionali hanno un ruolo importante quelle di tipo gestuale, cioè quelle manovre tecniche che si svolgono con le mani, con un alto livello di padronanza.

"Nei profili professionali degli operatori sanitari vengono descritte attività con alto contenuto tecnico-gestuale, soprattutto all'interno della funzione Assistenza o Riabilitazione, quasi a significare che l'operatore sanitario lavora con le mani proprio negli spazi caratterizzanti del suo specifico professionale" (Sasso, Lotti, Gamberoni, 2003).

In numerosi studi, (Kolb, 1984; Schon, 1993) si afferma che non basta andare "in servizio" per apprendere i processi lavorativi e acquisire le competenze richieste dal profilo professionale. L'apprendimento clinico può avvenire come presenza effettiva dello studente nei servizi, ma anche nei laboratori, in biblioteca, in sessioni di briefing e debriefing, in seminari con testimonianze di operatori esperti, ecc..

Nella formazione universitaria, il tirocinio deve produrre nuovi saperi (Schon, 1993); questa può essere considerata come contesto di:

Conoscenze à Pratica à Esperienze à Conoscenze à Pratica à Esperienze

Di qui la necessità di rivisitare l'insegnamento/apprendimento delle competenze gestuali nel C.L.I.

LE SEQUENZE DELL'APPRENDIMENTO DI COMPETENZE GESTUALI

L'apprendimento clinico nel C.L.I. deve

essere considerato, come nel modello di White ed Ewan (1991), una spirale che consta di diverse fasi:

1. Teoria
2. Laboratorio, skills, simulazione, esercitazione, discussioni di casi
3. Sessioni di Briefing
4. Esperienze e pratica nei servizi
5. Sessioni di Debriefing e di nuovo → 1. Teoria.

Alla luce di questi concetti nel C.L.I., l'Università degli Studi di Milano ha scelto di proporre un'offerta formativa più rispondente ai bisogni educativi degli studenti, evitando discrezionalità, considerando che nello specifico il corso si articola in dieci sezioni.

Le sedi di formazione sono individuate come luoghi di apprendimento clinico ed utilizzano le strutture architettoniche per la didattica formale che, in passato, erano state dedicate alle scuole regionali per infermieri professionali.

Le dieci sezioni di corso sono dislocate presso

- Aziende ospedaliere: "Ospedale San Paolo", "Ospedale Luigi Sacco", "Ospedale San Carlo Borromeo", "Ospedale Niguarda Ca' Granda", Fatebenefratelli e "Ospedale Civile di Legnano";
- I.R.C.S.S: Istituto Nazionale dei Tumori, Ospedale Maggiore;
- Fondazione D.C. Gnocchi;
- Istituto Clinico Humanitas.

Ogni sezione di C.L.I. ha invitato un docente di infermieristica, a far parte di un gruppo di lavoro con mandato formale di rivisitare le modalità e gli strumenti di insegnamento delle competenze tecnico-gestuali, al fine di omogeneizzare il setting formativo. Dopo avere condiviso che l'apprendimento di competenze gestuali doveva avvenire con gradualità passando, quando possibile, da un insegnamento teorico (standardizzato in quanto tutte le sezioni di Corso prevedevano di utilizzare medesimi strumenti), alla visione della dimostrazione da parte di un docente - tutor nel laboratorio dei gesti, alla discussione della sequenza degli atti svolta dall'esperto, alla prova di tale manovra prima su manichino e/o a volte sul collega, se la tecnica lo consente, (lo studente potrà provare tutte le volte che si renderà necessario per acquistare padronanza e sicurezza); da ultimo, una volta acquisite le abilità gestuali in sala di esercitazione, l'insegnamento clinico in reale situazione assistenziale con la presenza dell'assistito

che diventa fruitore della competenza di cura.

È stata costituita una Commissione Tirocinio, composta da Coordinatori Didattici di Sezione e da Docenti-Tutor delle varie sezioni di Corso, che ha elaborato per ogni anno di corso delle liste di controllo o check-list o technical skills (a titolo esemplificativo vedi riquadro).

L'insieme delle liste di controllo, (ad oggi 42) costituisce il "libretto delle check-list" comune a tutte le sedi di corso. Questo strumento accompagna, oggi, lo studente nel suo percorso formativo, in aula, nel laboratorio dei gesti, al letto del paziente, sia per ricordarsi le sequenze degli atti, sia per farsi valutare dagli assistenti di tirocinio nell'ambito dell'apprendimento clinico. Il discente, valutato da colleghi e tutor sulla base delle check-list, sarà consapevole delle competenze acquisite, le verificherà successivamente con e sui pazienti nell'opportunità del tirocinio e potrà autovalutare le proprie abilità assistenziali.

LE LISTE DI CONTROLLO COME STRUMENTO DI VALUTAZIONE

Solo quando lo studente infermiere avrà raggiunto un sufficiente livello di autonomia nel saper fare potrà essere valutato.

La valutazione della gestualità si può realizzare mediante osservazione diretta di prove pratiche in simulazione o in situazione reale.

La valutazione tramite griglie di osservazione o check-list, precisa con scrupolo le varie tappe della manualità richiesta, con un peso prestabilito e può essere formativa e/o certificativa.

Valutazione formativa e valutazione certificativa, nello specifico caso dell'apprendimento clinico, possono essere considerate tappe di un unico processo.

La valutazione formativa servirà a mettere in evidenza eventuali carenze da coprire con ulteriori approfondimenti; la valutazione certificativa sarà rivolta a documentare ufficialmente le competenze dello studente.

Attraverso l'utilizzo della check-list, il valutatore deve decidere operativamente, se ogni gesto viene eseguito in modo corretto, non corretto o non eseguito. Possono essere inseriti dei fattori di riduzione della votazione finale che servono ad evidenziare i fattori irrinunciabili della prestazione. Si ottiene un punteggio, che viene confrontato con il livello accettabile di prestazione precedentemente definito. Viene così misurato il livello di padronanza e di sicurezza delle capacità tecniche dello studente, con modalità standardizzate ed omogenee fra le diverse sezioni di corso,

e fra ogni sezione di corso e i terreni di tirocinio.

Le liste di controllo permettono al docente infermiere, al tutor e all'assistente di tirocinio di monitorare, in situazione simulata o reale, le abilità gestuali raggiunte, di porre eventuali correttivi o colmare certe lacune.

Le liste di controllo vengono anche utilizzate durante lo svolgimento dell'esame di tirocinio. Al termine di ciascun anno di corso viene effettuata una valutazione certificativa del tirocinio svolto. La prova di fine anno del tirocinio dà luogo ad un voto espresso in trentesimi.

La commissione tirocinio dell'Università degli Studi di Milano ha proposto di sperimentare per l'esame di tirocinio dell'anno accademico 2003/04 una modalità mista ovvero:

- una prova orale consistente nella discussione di un piano di assistenza infermieristica (caso clinico reale) elaborato in autonomia dallo studente durante le esperienze di tirocinio;
- una prova pratica consistente nella simulazione di una prestazione di assistenza infermieristica tramite liste di controllo.

La capacità di pianificare l'assistenza viene verificata attraverso la formulazione di un piano assistenziale (caso clinico reale) a sua volta esaminato utilizzando griglie di valutazione unificate, differenziate per anno di corso che permettono di definire il livello di approfondimento richiesto per ciascuna fase del processo di assistenza, i criteri da seguire e i pesi da attribuire.

Per la prova pratica si è fatto ricorso all'uso di liste di controllo che consentono di effettuare una serie di verifiche relative alla padronanza o ad errori od omissioni rispetto ad una determinata prestazione di assistenza infermieristica.

La definizione del voto dell'esame di tirocinio avviene, secondo le percentuali differenziate per anno di corso, come di seguito riportato:

- primo anno: 60% piano di assistenza e 40% lista di abilità
- secondo anno: 70% piano di assistenza e 30% lista di abilità
- terzo anno: 80% piano di assistenza e 20% lista di abilità

I risultati dell'esperienza "pilota" sono stati valutati positivamente e verranno riproposti per l'anno accademico 2004/05.

Questa modalità valutativa ha permesso di rispondere più puntualmente ai seguenti principi docimologici:

- gli obiettivi di apprendimento e valutativi devono essere chiaramente definiti

per i campi previsti ;

- cambiare il sistema di valutazione senza modificare il modello di insegnamento ha certamente una ripercussione maggiore sulla qualità dell'apprendimento anziché modificare il programma di insegnamento senza modificare il modo di condurre gli esami
- la responsabilità della valutazione viene condivisa tra i membri della Facoltà, gli studenti e i membri della struttura del sistema sanitario.

CONCLUSIONI

La revisione delle modalità di insegnamento/apprendimento delle competenze tecnico-gestuali e l'elaborazione di strumenti comuni alle dieci sezioni di Corso di Laurea in Infermieristica ha permesso sia di standardizzare l'insegnamento delle prestazioni tecniche sia di eliminare le discrezionalità di supervisione, monitoraggio e di valutazione dello studente da parte degli assistenti di tirocinio e dei docenti-tutor, riducendo così il divario che spesso si creava tra teoria e apprendimento clinico.

Condividendo il libretto delle liste di controllo, organizzato per anno di corso, è stata inoltre definita la gradualità degli obiettivi di apprendimento nel triennio formativo e la propedeuticità di quelle conoscenze essenziali per l'esperienza.

Bibliografia

- J.J. Guilbert. La guida pedagogica per il personale sanitario, trad.it. a cura di G.Palasciano, A.Lotti. Edizioni dal sud, Modugno (Ba) 2002.
- D.A. Kolb. *Experiential Learning: Experiences as the Source of Learning and Development*, Prentice-Hall, New Jersey 1984.
- L. Sasso, A. Lotti, L. Gamberoni. *Il tutor per le professioni sanitarie*. Carocci Faber, Roma 2003.
- D.A. Schon. *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale* Dedalo, Bari 1993.
- R. White, C. Ewan. *Il tirocinio, l'insegnamento clinico del nursing*. Sorbona, Milano 1991.

L'autore

- * D.A.I. - Ricercatore (Med 45) Università degli Studi di Milano

SEZIONE: _____

A PARTIRE DAL 2° ANNO DI CORSO
anno accademico _____

Cognome e nome dello studente: _____

Data dell'osservazione: _____

Titolo: Preparazione e somministrazione di terapia intramuscolare a persona adulta, vigile e orientata nel tempo e nello spazio

Obiettivo: Lo studente deve dimostrare di possedere i principi scientifici e le capacità tecniche necessarie per somministrare la terapia intramuscolare, garantendo la sicurezza della persona e dell'operatore.

Materiale occorrente: Prescrizione, farmaco prescritto, siringa e aghi di diverso calibro, batuffoli, antisettico, vassoio, guanti monouso, contenitore rigido per rifiuti taglienti.

Tempo di esecuzione previsto: 10 minuti

		Valore massimo attribuibile	Valore assegnato
Preparazione dell'operatore			
1	SI TOGLIE ANELLI, BRACCIALETTI, OROLOGIO	0,5	
2.	Esegue lavaggio sociale delle mani	0,5	
Preparazione del materiale e dell'ambiente			
3.	Legge la prescrizione controllandone la completezza: nome della persona, farmaco da somministrare, dosaggio, via di somministrazione, orario, data.	3	
4.	Prepara un piano d'appoggio pulito e vi depone tutto il materiale occorrente	3	
5.	Controlla la scadenza del farmaco e l'integrità della confezione	2	
6.	Sceglie l'ago in base alla densità della soluzione	0,5	
Preparazione della persona			
7.	Saluta	0,5	
8.	Si presenta	0,5	
9.	Identifica la persona	1	
10.	Fornisce alla persona le informazioni relative alla procedura	0,5	
11.	Garantisce l'intimità della persona	1	
Esecuzione			
12.	Prepara e aspira il farmaco prescritto mantenendo l'asepsi	1	
13.	Elimina l'aria dalla siringa	0,5	
14.	Se necessario sostituisce l'ago	0,5	
15.	Calza i guanti monouso	0,5	
16.	Sceglie e controlla la sede di iniezione	1	
17.	Aiuta la persona ad assumere la posizione che favorisca il rilassamento muscolare in relazione alla sede di somministrazione prescelta	1	
18.	Esegue l'antisepsi per 30 secondi, con movimenti circolari centrifughi rispetto al sito di iniezione	1	
19.	Attende che asciughi l'antisettico	1	
20.	Tende la cute	1	
21.	Introduce l'ago con angolazione di 90°	1	
22.	Esegue la manovra di Lesser	1,5	
23.	Inietta la soluzione 1ml ogni 10 secondi	1	
24.	Tiene il raccordo ago-siringa durante la manovra niettiva per garantire la stabilità	1	
25.	Estrae l'ago con la stessa angolazione con la quale è stato introdotto	0,5	
26.	Appoggia un batuffolo di cotone sulla sede di iniezione	0,5	
27.	Elimina ago e materiale usato negli appositi contenitori	2	
28.	Aiuta la persona a riassumere la posizione confortevole	0,5	
29.	Si toglie i guanti e si lava le mani	0,5	
30.	Esegue la registrazione dell'avvenuta somministrazione	0,5	
31.	Riordina il materiale utilizzato	0,5	
Fattori di riduzione			
	Non si lava le mani prima e/o dopo la procedura		-2
	Non verifica l'identità della persona		-8
	Non preleva il farmaco prescritto		-8
	Non preleva il dosaggio prescritto		-8
	Non mantiene l'asepsi durante la manovra		-8
	Rincappuccia l'ago		-5
	Non smaltisce il materiale utilizzato		-8
	Non registra l'avvenuta somministrazione		-5
	Non rispetta il tempo di esecuzione previsto		-2
		30	/30

L'APPLICAZIONE DI UNO STRUMENTO DI VALUTAZIONE PER L'ESAME DI TIROCINIO NEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

■ **Fabrizio Vezzoli ***

La revisione dei percorsi formativi è ormai una realtà compiuta e il profilo dell'infermiere da formare ha fatto sì che i contenuti teorici e il tirocinio previsti nel Corso di Laurea in Infermieristica siano orientati a far acquisire competenze cliniche, ossia a far sviluppare allo studente le capacità di identificare specifici problemi di salute (bisogni di assistenza infermieristica) e di gestire appropriati interventi per risolverli (DM 739/94).

In particolare l'innovazione del percorso formativo è stata da stimolo affinché le esperienze "al letto del malato" diventino il contesto di un apprendimento pratico che non si limiti alla sola esecuzione di tecniche ma che permetta di far applicare le conoscenze teoriche, di perfezionare le capacità di ragionamento clinico e di acquisire competenze relazionali, decisionali e deontologiche.

Proprio in quanto il tirocinio costituisce la strategia didattica maggiormente significativa per l'acquisizione di competenze complesse, la valutazione di quest'ultime ricopre una valenza rilevante del Corso di Laurea in Infermieristica tanto che in diverse Università sono attivati piani di studio che prevedono uno specifico esame di profitto.

Nonostante il parecchio materiale fornito dalla letteratura, non solo in ambito infermieristico, l'argomento della valutazione delle esperienze di tirocinio clinico costituisce un problema complesso, molto discusso e per alcuni aspetti irrisolto e per tale motivo nel Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano si è sentita l'esigenza di intraprendere un percorso di miglioramento che andasse ad incidere sull'esame di Tirocinio.

Con il fine, quindi, di definire una modalità appropriata di gestione dell'esame è stato costituito un gruppo di lavoro (Commissione Tirocinio) composto da docenti di Scienze Infermieristiche facenti parte delle dieci sezioni nelle quali si articola il Corso¹.

In tal senso la Commissione Tirocinio ha iniziato i lavori analizzando gli obiettivi formativi delle attività professionalizzanti di ciascun anno di Corso previsti nel Regolamento didattico, allo scopo di indi-

viduare la modalità maggiormente valida ed attuabile di accertamento del livello di raggiungimento degli stessi. In particolare nel presente lavoro viene tralasciata la modalità individuata per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi legati alle abilità psicomotorie (esecuzione di interventi infermieristici tecnico-relazionali). Viene, invece, presentata la modalità individuata per l'accertamento delle capacità di ragionamento infermieristico: analizzare i dati clinici, identificare i bisogni di assistenza infermieristica, decidere gli interventi da pianificare.

A tal proposito poiché il raggiungimento di questi obiettivi richiede, da parte dello studente, la capacità di porre in relazione dati, impiegare diversi saperi per la soluzione di problemi ed applicare concetti noti in contesti nuovi si è posto il quesito di quale tipologia di prove avrebbe facilitato la verifica dei processi intellettuali superiori.

Per mezzo di una ricerca bibliografica condotta sulla saggistica relativa alla docimologia si è potuto ricavare che le prove maggiormente indicate per la tipologia di competenze in questione sono quelle semistrutturate². Si tratta di prove in cui si pongono quesiti chiusi e si richiede di progettare e formulare autonomamente il testo delle risposte rispettando però dei vincoli prescrittivi capaci di renderle confrontabili con criteri di correzione opportunamente predeterminati. Rientrando nelle prove semistrutturate i rapporti e le riflessioni parlate per analogia la modalità di accertamento più appropriata è sembrata essere la discussione di un piano di assistenza infermieristica (caso clinico reale) elaborato in autonomia dallo studente durante le esperienze di tirocinio e per rendere obiettiva ed equa la modalità valutativa è stato predisposto uno strumento di correzione consistente in una serie di criteri ciascuno dei quali permette di attribuire un punteggio massimo in funzione del livello dell'elaborato come di seguito riportato:

- a) Il caso trattato esprime la complessità assistenziale richiesta per l'anno di corso (4 punti)
- b) I dati raccolti sono pertinenti (1 punto)
- c) I dati raccolti sono completi (1 punto)
- d) L'accertamento iniziale è effettuato in un unico tempo (1 punto)
- e) I dati vengono raccolti in modo continuo (1 punto)
- f) I dati sono espressi con un linguaggio

- g) Sono descritti i problemi infermieristici (2 punti)
- h) Il problema infermieristico identificato è coerente con la raccolta dati (1 punto)
- i) È rispettata la priorità nell'enunciazione dei problemi infermieristici (1 punto)
- j) Gli obiettivi di assistenza infermieristica sono focalizzati sulla persona (1 punto)
- k) L'obiettivo è coerente con il problema enunciato (1 punto)
- l) L'obiettivo è misurabile, descrive i tempi di raggiungimento ed è realizzabile (2 punti)
- m) Gli Interventi infermieristici sono appropriati per l'obiettivo enunciato (3 punti)
- n) Sono previsti tutti gli interventi attuabili (2 punti)
- o) È prevista la collaborazione di altre figure (2 punti)
- p) La modalità di valutazione è coerente con l'obiettivo (2 punti)
- q) È espressa la modalità di valutazione (2 punti)
- r) Sono presenti i criteri indicati nella formulazione dell'obiettivo (2 punti)

L'attribuzione dei pesi ai vari criteri è avvenuta con la distribuzione dei 30 punti a disposizione per la valutazione (30/30) assegnando un numero di punti superiore (ossia un peso maggiore) ai criteri ritenuti più rilevanti dalla Commissione.

Per calibrare i punti assegnati a ciascun criterio sono stati calcolati, per ciascun criterio, l'indice di difficoltà e l'indice di discriminabilità³.

Il primo è stato definito adottando la proporzione tra il numero di studenti che hanno ottenuto punteggi alti ad ogni singolo criterio e il numero totale degli studenti rispondenti e indica quanto la capacità che si sta accertando sia critica da conseguire per gli studenti. Il secondo, invece, è stato calcolato per ogni criterio come la differenza della sommatoria dei punteggi dei criteri nell'estremo superiore e la sommatoria dei punteggi dei criteri nell'estremo inferiore diviso il numero degli studenti inclusi nell'estremo (i rispondenti del settore superiore sono quantitativamente uguali a quelli appartenenti al settore inferiore) e indica quanto ogni singolo criterio (e quindi la corrispondente capacità) è rappresentativo dell'identificare gli studenti che ottengono i punteggi più elevati nella prova.

Per l'indagine sono stati utilizzati i risultati ottenuti con l'applicazione dello strumento in questione durante la sessione di

esame di Tirocinio 2 (inserito al secondo anno del piano di studi) dell'anno accademico 2002/03 nella sezione dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale civile di Legnano". Le prove esaminate sono state 35 e i risultati hanno evidenziato la presenza di valori attesi (0,3 - 0,6) per entrambi gli indici in tutti i criteri (a - r).

Risultati non attesi sono stati evidenziati, per quanto concerne l'indice di difficoltà, per i soli criteri:

Criterio d): L'accertamento iniziale è effettuato in un unico tempo:

Criterio i): È rispettata la priorità nell'enunciazione dei problemi infermieristici:

Criterio l): L'obiettivo è misurabile, descrive i tempi di raggiungimento ed è realizzabile:

Criterio o): È prevista la collaborazione di altre figure con, rispettivamente i valori di 0,9; 0,9; 1 e 1, mentre per quanto con-

cerne l'indice di discriminabilità anche in tal caso si sono evidenziati alcuni criteri particolarmente selettivi:

Criterio c): I dati raccolti sono completi: 0,8

Criterio g): Sono descritti i problemi infermieristici: 1

Criterio p): La modalità di valutazione è coerente con l'obiettivo: 0,9

In conclusione, il lavoro di definizione di una modalità di gestione dell'esame e di preparazione di uno strumento di correzione è stato utile per chiarire come e cosa fosse importante valutare e per giungere ad un'omogeneità dei criteri di accertamento delle capacità. Il calcolo di indici specifici ha inoltre permesso di gettare le basi per individuare dove concentrare l'attività di tutoraggio e riorientare le attività di tirocinio e per ridefinire l'assegnazione dei pesi per ciascun criterio.

¹ La Commissione tirocinio è costituita da: Giovanna Aghemio per la sezione dell'Azienda Ospedaliera "S. Paolo" di Milano, Annamaria Capuzzi per la sezione dell'Azienda Ospedaliera "Fatebenefratelli" di Milano, Paola Cattin e Sabrina Marguti per la sezione dell'Azienda Ospedaliera "Niguarda Ca' Granda" di Milano, Mirella Costanza per la sezione della Fondazione "Don C. Gnocchi" di Milano, Lorenzo Farina e Fabrizio Vezzoli per la sezione dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano" (MI), Patrizia Ferrari per la sezione dell'IRCCS "Ospedale Maggiore" di Milano, Giuseppina Ledonne e Daniela Spotti per la sezione dell'Azienda Ospedaliera "L. Sacco" di Milano, Luisa Magnaghi e Sabrina Tolomeo per la sezione dell'Azienda Ospedaliera "S. Carlo Borromeo" di Milano, Miriam Magri per la sezione dell'IRCCS Nazionale per lo studio e la cura dei Tumori" di Milano, Giuseppina Tomaiuolo per la sezione dell'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (MI).

² Domenica G., Manuale di valutazione, Laterza, 1993

³ Vertecchi B., Manuale di valutazione, F. Angeli, 2003

L'autore

* I.I.D. - Coordinatore Corso di Laurea in Infermieristica sezione di Legnano Università degli Studi di Milano

Comunicazione agli Iscritti

Con deliberazione n° 1-2005 il Consiglio Direttivo ha accolto le dimissioni dei Consiglieri: Lavezzi Laura Maria e Signoretti Stefano, inoltre con deliberazione n° 14-2005 sono state accolte le dimissioni della Consigliera Cafè Stefania.

A seguito di queste deliberazioni il Consiglio Direttivo risulta essere così composto:

Presidente:	Frisone Enrico
Vicepresidente:	Pagano Carmela
Segretario:	Braga Giuseppe
Tesoriere:	Quattrocchi Salvatore
Consiglieri:	Baglioni Elena
	Barani Antonella
	Belotti Luigia
	Civardi Grazia
	Donati Nadia
	Gerletti Jeannette
	Massaro Michela
	Rigliaco Annarita

Nessuna variazione per il Collegio dei Revisori dei conti.

**Il Segretario
Giuseppe Braga**

Comunicazione importante per i partecipanti al corso: "Internet: professionalmente utile?" del 13 dicembre 2003

L'edizione del 13/12/2003 del corso: "Internet: professionalmente utile?", riferimento n° 776-77946, destinato agli Infermieri è stato accreditato con n° 3 crediti formativi ECM.

Il medesimo corso riferimento n° 776-77935, destinato agli Assistenti sanitari è stato accreditato con n° 4 crediti formativi ECM.

Nonostante la richiesta di accreditamento del medesimo corso, riferimento 776-77940, destinato all'Infermiere Pediatrico (Vigilatrice d'Infanzia), i Referi del Ministero della Salute non hanno ritenuto di accreditarlo pertanto per i partecipanti NON sono previsti crediti formativi ECM.

Gli Infermieri e gli Assistenti Sanitari partecipanti possono ritirare l'attestato di partecipazione con i crediti maturati presso la segreteria del Collegio o in occasione dell'Assemblea annuale (vedi 4° di copertina).

NURSE FORENSIC L'INFERMIERISTICA LEGALE

Le prerogative di una specializzazione in rapida evoluzione

■ **Lidia Belloni ***
Paola Ripa **

L'infermieristica legale risulta essere una fra le discipline più giovani e innovative che il mondo ospedaliero possa annoverare. Essa esprime in sé il concetto di innovazione e completamento di una professione infermieristica, quella attuale, che ha necessariamente bisogno di nuove specializzazioni per adeguarsi ai continui mutamenti socio-culturali propri della società moderna nonché, e ancora più importante, al continuo crescendo della violenza in generale e più precisamente degli abusi sessuali e della pedofilia.

Le statistiche hanno evidenziato e ribadiscono la complessità di un problema che pare sempre più esasperato negli Stati Uniti, come negli altri Paesi, e che rafforza la coscienza della necessità, da parte delle strutture ospedaliere, di avvalersi della figura dell'infermiere cosiddetto "legale" o presunto tale. La crescente domanda di infermieri altamente qualificati ed aggiornati in materia legale, è perciò diretta conseguenza del moltiplicarsi di episodi di violenza individuale o familiare. Non a caso, negli anni passati, sono stati principalmente gli ospedali ad offrire corsi di specializzazione specifici, nella speranza di reclutare, in un secondo tempo, il personale addestrato.

L'infermieristica legale ha diffusione ancora limitata, chiusa tra i confini di Stati Uniti e Canada. Essa ha origine a partire dal XIII secolo, ma soltanto sul finire del XX secolo viene riconosciuta e con essa la figura dell'infermiere legale, dagli enti statunitensi preposti, ovvero: la I.A.F.N. (Associazione Internazionale Infermieri Legali) e L'A.N.A. (Associazione Americana degli Infermieri).

L'infermiere legale è colui che applica le conoscenze infermieristiche alle procedure pubbliche o giudiziarie; egli altresì applica i fondamenti propri della medicina legale mescolati ad una preparazione biopsicosociale nel campo dell'indagine scientifica, nel trattamento di casi da lesione e/o decesso di vittime di abusi, violenze, attività delinquenti ed incidenti tra-

matici. L'infermiere legale opera nelle comunità, scuole e ospedali ricoprendo i ruoli più svariati e complessi quali ad esempio: testimone di perizie in sede di processo legale, consulente per le vittime di abusi sessuali, educatore e ricercatore.

I servizi resi dall'infermiere legale sono comprensivi di assistenza alle vittime di abusi, violenze, traumi, morte, compilazione delle relative documentazioni mediante relazioni scritte, capacità di utilizzare correttamente materiale fotografico ed informatico a disposizione, identificazione e raccolta di prove di uno o più reati, assistenza psicologica e morale alle vittime ed ai propri familiari, responsabilità nell'ambito di procedure civili o criminali, trattamento di questioni inerenti la violazione dei diritti umani.

Parallelamente alla figura dell'infermiere legale, ormai consolidata in America, prende corpo e si sviluppa negli Stati Uniti e Canada, quella dell'infermiere SANE (Sexual Assault Nurse Examiner) ovvero, un infermiere legale propriamente specializzato nella cura delle vittime di abusi sessuali.

Egli nasce negli anni settanta a fronte dell'esigenza di creare una figura in grado di garantire la massima assistenza infermieristica alle vittime di abusi sessuali e coadiuvare, unitamente al medico legale, le indagini durante l'autopsia. Il suo ruolo si va completamente definendo dopo gli anni ottanta, ma bisogna attendere l'avvento della I.A.F.N. (Associazione fondata da un gruppo di infermieri legali specializzati in SANE) negli anni novanta e con essa la costituzione del Comitato per la certificazione della qualifica di infermiere legale, perchè venga legalmente riconosciuta la sua figura da parte dei Comitati infermieristici statunitensi.

Questo esperto lavora all'interno di un gruppo multi-disciplinare confrontandosi e collaborando quotidianamente con le forze dell'ordine, la magistratura, gli avvocati distrettuali, i medici e i responsabili per i servizi per la comunità.

Possiamo ripartire le funzioni dell'infermiere SANE sostanzialmente in due categorie:

1. SOCCORSO ALLE VITTIME

Il soccorso e susseguente assistenza alla vittima consiste: nell'accoglienza al pronto soccorso di chi ha subito violenza sessuale; in un colloquio approfondito nel

corso del quale l'infermiere notifica una prima versione dei fatti; di una visita medica oculata comprensiva di esame della regione pelvica (l'esame medico ai minori viene abitualmente eseguito da personale SANE, sebbene in alcune giurisdizioni americane esistano restrizioni in tal senso; le leggi vigenti in questi stati consentono la visita da parte di un infermiere SANE solo se la vittima è di età maggiore dei 12, 14 o 18 anni, a seconda dei casi); nell'informazione inerente i rischi a cui la vittima può andare incontro (gravidanza, malattie a trasmissione sessuale, ecc.); nel fornire indicazioni utili al proseguimento delle cure fisiche e di assistenza psicologica, che saranno oggetto di approfondimento da parte di personale medico specializzato.

2. CONTRIBUTO NELLE INDAGINI

Esso prevede: l'apporto considerevole fornito dall'infermiere SANE in merito alla raccolta delle prove di uno o più reati; il reperimento di indizi, previo esame medico e colloquio con la vittima, la loro registrazione, conservazione e successiva trasmissione agli organi di polizia; la facoltà di produrre testimonianza in sede di processo legale.

Con il passare degli anni, i programmi SANE hanno riscosso una sempre e più vasta approvazione e riconoscimento da parte degli Enti preposti e dalla comunità in generale.

I benefici e l'importanza dell'infermiere SANE, derivanti da questa specializzazione appaiono senza dubbio molteplici e di grande valore.

SANE concorre a migliorare le condizioni di pubblica sicurezza, contribuendo all'incremento dei casi di condanna, nelle incriminazioni per stupro. Le statistiche hanno dimostrato come la percentuale delle sentenze di condanna in processi relativi a crimini di matrice sessuale, è considerevolmente aumentata in concomitanza con la creazione di un progetto SANE. Fra i molti esempi, quello di Santa Cruz, in Massachusetts, dove il numero dei casi di condanna penale è raddoppiato da quando il programma è stato avviato. Dai dati raccolti emerge come, in presenza di abusi sessuali, le vittime propendano sempre più spesso per denunciare i crimini, quando a conoscenza che la struttura ospedaliera d'accoglienza preveda per loro un'assistenza SANE.

Uno dei fattori responsabili di questo successo, è la competenza che il personale SANE dimostra nel trattamento delle prove di reato.

Lo sviluppo delle tecniche nella scienza della raccolta di indizi, come ad esempio il *test* del DNA, richiede un alto livello di preparazione ed esperienza. L'esperto SANE è specificatamente addestrato e aggiornato sui miglioramenti delle tecniche legali di raccolta di prove.

Oltre a ciò, per la conservazione dei dati, l'infermiere SANE si rifà a *standard* precisi, osservati da tutto il personale, con uniformità.

Occorre sottolineare come esistano comunque altrettante e valide sottospecializzazioni derivanti dalla figura generica dell'infermiere legale quali ad esempio: l'infermiere legale psichiatrico colui che applica le conoscenze legali per la cura di individui giudicati dalla giustizia psichicamente instabili; l'infermiere legale investigatore che applica le conoscenze legali in collaborazione con le forze dell'ordine sulla scena di un delitto; l'infermiere legale consulente che fornisce assistenza e consulenza ad avvocati o ad agenzie di assicurazione in caso di processi civili laddove si sovrappongano medicina e legge; l'infermiere legale specializzato nell'indagine di crimini ha funzioni a carattere inquisitivo (collabora con la polizia nel corso di indagini per l'identificazione delle cause su incidenti, omicidi, suicidi) e funzioni di soccorso (assistere i superstiti di un incidente, le vittime di un abbandono, abuso o crimine violento, partecipare ai soccorsi conseguenti disastri di massa); l'infermiere legale specializzato in pediatria applica le conoscenze infermieristiche nella somministrazione di cure e attenzioni a minorenni, riguarda ogni genere di problematica relativa ad abuso e/o negligenza o che sia relativa alla violazione di diritti legali ed umani; l'infermiere legale specializzato in geriatria che applica le conoscenze infermieristiche, nella somministrazione di cure e attenzioni ad individui di età avanzata, per quanto riguarda ogni genere di problematica relativa alla violazione di diritti legali ed umani, di abuso e/o negligenza o sfruttamento; ed infine la professione di infermiere legale correzionale che consiste nel prestare cure infermieristiche bio-psicosociali ad individui che siano stati accusati o ritenuti colpevoli di un crimine.

Sulla base dei dati raccolti, proprio allo scopo di sottoporre all'attenzione dell'opinione pubblica l'esigenza di introdurre nel panorama sanitario italiano una nuova figura infermieristica altamente qualificata, competente nella cura delle vittime di

abusi sessuali, in grado di affiancare e supportare il ruolo attualmente ricoperto dall'infermiere laureato, ho provveduto a formulare una appropriata ipotesi di progetto.

L'idea ipotizzata vuole dare una proposta di come si potrebbe inserire nel nostro contesto sanitario una figura analoga all'infermiere SANE attualmente operante oltreoceano. La motivazione sta nel fatto che dai dati statistici raccolti da alcuni siti internet e inerenti una accurata indagine nazionale, ho potuto constatare come in Italia la violenza a sfondo sessuale sia in continua crescita e rappresenti ormai un problema da non sottovalutare nel modo più assoluto.

Le statistiche, infatti, confermano il crescente e continuo perpetrarsi di abusi sessuali, la maggior parte dei quali si consumano tra le mura domestiche. Qui, non sono coinvolti solo gli adulti, ma anche i più piccoli, sempre più spesso, devono assistere o subire loro malgrado ed in silenzio, quali spettatori inermi, alla visione di queste orribili scene. Si aggiunga poi, e non meno grave, il problema della pedofilia e si profila all'orizzonte un quadro davvero mesto e triste.

L'Italia appare carente di strutture specifiche e di personale altamente qualificato che possano supportare questo tipo di problematica. L'introduzione di un'infermiere con competenze e ruoli analoghi all'infermiere SANE produrrebbe certamente una diminuzione dei tempi di attesa con riduzione di dispersione di prove importanti e conseguente stress accumulato da tutti coloro che necessitano di cure e risposte valide; una figura unica in grado di coadiuvare tutti i servizi medico assistenziali, che operi quale sostegno psicologico e legale, che proceda alla raccolta di prove inerenti un'aggressione, che possa confrontare le stesse con la versione narrata dalle vittime, che possa produrre testimonianza in sede di Corte contribuendo ai casi di condanna.

Si riassume brevemente qui di seguito i concetti più significativi della proposta di progetto che si intende formulare:

- 1) La specializzazione in "SANE" dovrà essere conseguita successivamente all'avvenuta qualifica del corso di Laurea in Infermieristica;
- 2) I Collegi IPASVI e il Ministero della Pubblica Istruzione, dell'Università e della Ricerca dovranno lavorare in sinergia per stilare i corsi specifici, magari proponendo master
- 3) Le materie principali in essi contenute, dovranno essere di natura medico-legale e in grado di trattare nozioni di giurisprudenza, criminologia, fonda-

menti inerenti le procedure di Corte e corsi pratici avanzati in sede di tirocinio volti all'assistenza di vittime di abusi. Le materie in essere dovranno infine sviluppare nello studente la logica, la deduzione, l'induzione e le capacità cognitive;

- 4) L'aspirante "SANE" dovrà saper utilizzare strumenti informatici e fotografico-digitali, quali il computer e il colposcopio, atti alla identificazione, raccolta e conservazione delle prove;
- 5) Egli dovrà inoltre dimostrare buone capacità di comunicazione e padronanza di linguaggio;
- 6) Ulteriori requisiti, collegati alla sfera personale e richiesti allo studente per esercitare con maggior successo la propria futura specializzazione in "SANE" potrebbero essere un'accreditata idoneità psicologica

Si ritiene pertanto che l'evoluzione della professione infermieristica, unitamente ad un ampliamento costante e graduale dei ruoli e compiti del proprio personale, conferirà sicuramente maggior credito e riconoscenza alla figura del futuro infermiere specializzato in "SANE", contribuendo contemporaneamente a promuovere la categoria quale una delle più emergenti del campo sanitario italiano.

Bibliografia

Tesi di Laurea AA 2004/05 "Nurse forensic. Infermieristica legale le prerogative di una specializzazione in rapida evoluzione" di Lidia Belloni

Relazione: "Infermieristica forense: analisi della realtà europea e prospettiva italiana" di E. Frisone, S. Quattrocchi, P. Ripa. Convegno Nursing 2004 Evoluzione della professione 16/17 settembre 2004

Gli autori

* infermiera neolaureata, Istituto clinico Humanitas

** I.I.D. - Coordinatrice Corso di Laurea Infermieristica, Istituto clinico Humanitas, Università degli Studi di Milano

ANTROPOLOGIA E MAGIA NELLA CURA DELL'ALTRO

■ Maria Grazia Civardi *

Ah! Quella vita della mia infanzia, la strada maestra con ogni tempo, sobrio sovrannamente, più disinteressato del migliore fra gli accattoni, fiero di non avere né paese, né amici, che scempiaggine era e me ne accorgo soltanto adesso.

A. Rimbaud, L'impossibile, in Una stagione all'inferno

Premessa

L'antropologia è, per definizione, una disciplina il cui ambito di studio è l'essere umano nella sua globalità. Il termine deriva dal greco *anthropos*, «uomo, umano», e *logos*, «studio» (EMBER: 1998). Postulato dell'antropologia è l'unità del genere umano; tuttavia non ne consegue che essa consideri l'uomo in modo uniforme. Le società che nel linguaggio evoluzionista venivano chiamate «primitive» sono state le prime ad essere studiate dagli antropologi che le ritenevano più autentiche rispetto a quelle civilizzate. La scienza dell'uomo in generale si è in seguito data come obiettivo il prendere in considerazione tutte le diversità culturali e sociali.

Chi è a questo punto ciò che noi chiamiamo l'altro? Partendo da una visione *etnocentrica* (intendendo con etnocentrismo l'atteggiamento secondo cui si tende a giudicare le forme morali, religiose e sociali di un'altra comunità sulla base delle proprie norme, e a considerare la differenza riscontrata come anomalia) l'altro è il *diverso* da noi. Parlare degli altri non significa parlare contro di loro: anche se ciò risulta comune nel nostro modo di pensare. Ciascun individuo si identifica per lingua, aspetto e modo di vivere con una comunità di cui ha assimilato i valori, e tende a criticare o svalutare coloro che non sono come lui. L'alterità concepita in passato come storica – l'altro era il primitivo- o come geografica – l'altro era il non

RIASSUNTO

Società chiusa, società aperta. La contrapposizione è di Karl Popper (1945) e viene ripresa dal politologo italiano Giovanni Sartori in un suo recente libro dal titolo *Pluralismo Multiculturalismo e Estranei*.

Questo a riprova che la nostra società Occidentale non può rimuovere la presenza di figure *altre*, che, proprio per la loro diversità culturale, necessitano di essere non semplicemente integrate, ma riconosciute e rispettate.

Gli infermieri, in prima persona, sono quotidianamente chiamati al confronto con manifestazioni psico-comportamentali inusuali in Occidente, ma presenti e diffuse presso altre culture: manifestazioni patologiche che, proprio per la forte caratterizzazione culturale che le contraddistingue, sarebbe errato classificare all'interno della nosografia medica occidentale.

A questo proposito la necessità di una conoscenza del sapere antropologico e delle discipline che ne derivano quali l'etnopsichiatria, l'etnomedicina e l'etnopsicoanalisi, risulta oggi di fondamentale importanza per superare ambivalenze e contraddizioni che si presentano nell'*incontro* con questi pazienti.

La presentazione di un caso clinico in questo articolo, consente di evidenziare l'importanza di riconoscere la diversità culturale dell'immigrato, senza la quale ogni tentativo di cura occidentale fallirebbe. Decontestualizzare l'intervento, come ci mostra Tobie Nathan, non è utile né all'operatore e né al paziente, senza un contenitore culturale preciso, come può essere quello **grupale** proposto da Nathan, l'immigrato è destinato a non essere compreso nella sua sofferenza e l'infermiere si ritroverebbe solo e privo di strumenti per aiutarlo.

SUMMARY

It's important for a nurse to recognize the difference between our culture and other culture, to help the immigrant patients.

The knowing ethnopsychiatry, ethnomedicine and ethnopsychanalysis, are today even more important in order to overcome ambivalences and contradictions while caring for these patients.

In this context Tobie Nathan presents a new instrument to use in ethnopsychiatry therapy.

europeo-, è oggi vissuta come la possibilità di attuare un confronto con chi è «diverso» da noi, per una migliore conoscenza di noi stessi e della nostra cultura.

Attualmente stiamo assistendo ad una massiva crescita dei flussi migratori verso il nostro paese, facilitati, tra l'altro, dalla particolare collocazione geografica del nostro territorio. La gestione di questo evento storico – sociale, già di per sé dirimpante, risulta altamente problematico anche a causa della peculiarità storica¹ dell'Italia, e del quadro legislativo in continua evoluzione.

Tale problematicità si riscontra continuamente anche nel nostro ambito lavorativo.

L'operatore sanitario di fronte al diverso

Gli infermieri, sempre più frequentemente, vengono a contatto con persone provenienti da altri paesi e portatori di una tradizione culturale diversa. Questo stato di cose fa sì che l'infermiere si trovi in

prima persona a doversi confrontare con manifestazioni psico-comportamentali inusuali in Occidente, e invece presenti o particolarmente diffuse presso altre culture: manifestazioni patologiche che, proprio per la forte caratterizzazione culturale che le contraddistingue, sarebbe errato classificare all'interno della nosografia medica occidentale. L'operatore sanitario, pertanto, al fine di svolgere nel modo migliore la propria azione terapeutica, non potrà fare a meno di munirsi di strumenti *altri* senza i quali ogni intervento rischia di risultare poco efficace.

A questo proposito la necessità di una conoscenza del sapere antropologico e

¹ Dal passato ad oggi c'è stato nel nostro paese un'inversione di tendenza nei flussi migratori: da paese di emigranti l'Italia si trova a dover gestire un'immigrazione di un importante numero di individui provenienti dal Sud e dall'Est del pianeta.

delle discipline che ne derivano quali l'etnopsichiatria, l'etnomedicina e l'etnopsicoanalisi, risulta oggi di fondamentale importanza per superare, nella mente dell'infermiere, ambivalenze e contraddizioni che si presentano nell'*incontro* con questi pazienti.

La mia esperienza in campo psichiatrico e l'approfondimento dell'etnopsichiatria quale disciplina di frontiera tra psichiatria e antropologia, mi hanno consentito di migliorare la relazione terapeutica con alcuni pazienti immigrati, evidenziando come il nostro modo di concepire e di classificare la malattia mentale non sempre è utile alla loro cura; infine, proprio per questo motivo, nel titolo del lavoro ho volutamente posto l'accento sulla magia, nell'intento di sottolineare l'importanza di discontinuità di pensiero che ritengo necessaria per questi tipi d'intervento.

Il caso clinico che segue può aiutarci a capire come l'attuale nosografia psichiatrica, frutto del nostro modo occidentale di concepire la malattia mentale, possa, quando abbiamo a che fare con individui di culture altre, risultare insufficiente o addirittura fuorviante nell'aiutare l'altro. Infatti anche un'osservazione superficiale mostra ben presto che *«possedere una cultura ed essere dotati di psichismo sono due fatti strettamente equivalenti e che per lo psicopatologo, di conseguenza, la differenza culturale non è una deviazione ma un dato di fatto altrettanto umano, altrettanto imprescindibile quanto l'esistenza del cervello, del fegato o dei reni»* (NATHAN:1993).

Descrizione di un caso clinico

O. J. è una donna nigeriana di 29 anni di altezza media e corporatura robusta, che cerca di ostentare, con uno stravagante modo di vestire e di atteggiarsi, la sua nuova identità occidentale. Emigrata in Italia da circa due anni, parla poco, anche se padroneggia discretamente la lingua italiana. Viene inviata in CPS (centro psico-sociale) dall'SPDC (reparto ospedaliero di diagnosi e cura) della nostra zona, dopo un ricovero coatto per stato dissociativo. Già in precedenza, ma solo in Italia, aveva presentato episodi dissociativi, seguiti da un ricovero presso un SPDC piemontese. Al momento del ricovero nel nostro diagnosi e cura, la paziente presenta allucinazioni uditive ed idee deliranti di tipo mistico. Durante il colloquio in ambulatorio, dopo una settimana dalla dimissione, la signora appare tranquilla, non presenta fenomeni dispercettivi, e sostiene di sentirsi da qualche tempo piuttosto serena.

Ritornando all'anamnesi, O. J. è nata in

Nigeria nel 1975; è la più giovane di sei fratelli e una sorella che vivono in Nigeria. I genitori sono tuttora viventi e in buona salute. La paziente lascia il paese natale due anni fa, dopo la nascita di un figlio avuto con un coetaneo nigeriano. Viene in Italia per lavoro e, dopo varie vicissitudini, è accolta da un convento di suore nel torinese, dove risiede per un breve periodo. Cominciano i disturbi del tono dell'umore, accompagnati da allucinazioni uditive e deliri mistici. O. J. riferisce di essere perseguitata da spiriti cattivi, forse diavoli, e di vedere Dio e la Madonna. Si reca spesso in chiesa dove a volte viene allontanata per il suo bizzarro comportamento. Interessante notare che la signora è di religione cattolica (per la presenza di numerose missioni in Nigeria), anche se, non è da escludersi, e questo dopo una conoscenza più approfondita della paziente, un certo sincretismo religioso con culti pagani del suo paese natale.

La diagnosi che viene fatta dalla psichiatria occidentale è di psicosi schizo-affettiva, e la terapia prescritta consiste nell'assunzione giornaliera di aloperidolo in gocce e nella somministrazione, ogni due settimane, di una fiala di moditen depot.

I risultati dopo mesi di trattamento non sono di certo incoraggianti: O. J. presenta momenti di apparente benessere alternati da ricadute che allarmano i vicini ed il suo nuovo compagno, un italiano residente nella nostra zona. Oltre alle allucinazioni, appaiono idee a sfondo persecutorio: la gente la guarda con cattiveria ed i vicini le fanno del male parlando continuamente di lei. La paziente riferisce, inoltre, di sentirsi insoddisfatta della sua vita coniugale (particolarmente interessata la sfera sessuale), e lamenta insonnia e confusione. Si giunge ad un nuovo ricovero e ad una modifica della terapia, che però non apporta sostanziali cambiamenti al quadro clinico. Oltre ai disturbi psichici, la signora ora riferisce di sentire delle "formiche" all'interno del proprio corpo, e lamenta una sospensione, da parecchi mesi, del flusso mestruale. Viene richiesto un test gravidico che risulta negativo. Interessante notare che l'amenorrea si risolve spontaneamente dopo il test di gravidanza.

A questo punto in un colloquio emerge una particolare decisamente interessante che allontana la nostra attenzione dalla patologia psichiatrica e ci proietta in una dimensione decisamente culturale. La paziente riferisce di aver ricevuto in dono dalla famiglia un braccialetto e da quel momento sono iniziati i suoi problemi. Sembra un'affermazione banale e prima

d'importanza, in realtà assume un notevole significato se trasportata in un contesto non occidentale, ma tipico della cultura tradizionale di appartenenza.

I braccialetti come qualsiasi oggetto di forma circolare hanno un significato magico, e vengono usati, in alcune etnie africane, per affattare una persona invidiata o odiata, oppure per legare un parente lontano ricordandogli, stregandolo, le proprie origini.

Il dato emerso sembra molto interessante e ci impone fantasie ben lontane dalla occidentale nosografia psichiatrica.

Affatturamenti e marabutaggi

Secondo l'etiologia dell'affatturamento e del marabutaggio² (in arabo, *s'hut*), il paziente è colpito nella sua carne da un atto di malevolenza perpetrato contro di lui; sia che un individuo geloso o invidioso abbia fabbricato personalmente un oggetto magico destinato a distruggerlo, sia che a tale scopo abbia fatto ricorso ad uno «specialista»(NATHAN:1993).

Solitamente l'esistenza di tali oggetti magici è solo supposta, ma vi sono casi in cui gli oggetti esistono davvero e vengono presentati al terapeuta. I sintomi di tale aggressione sono: apatia, astenia, depressione e manifestazioni di carattere istero-fobico. Un altro dato interessante è la perdita delle capacità sessuali poiché in questi casi «si attende alla *potenza* in tutte le sue forme» (NATHAN:1993).

In alcuni casi la famiglia o la comunità, attraverso un loro membro (in genere la madre), si rivolgono ad un marabout (stregone, presso le tribù dell'Africa nera) perché lanci un messaggio al figlio emigrato che ha trascurato i suoi doveri verso il gruppo; se questo messaggio estremo, sorta di vero e proprio sortilegio restasse senza risposta, il suo destinatario potrebbe diventare folle o addirittura suicidarsi (BENEDUCE:1998). Significativo il termine *Wootal*, che significa *richiamo*, utilizzato presso i Wolof del Senegal.

Essere posseduti

In Africa presso le varie etnie che popolano il continente, è tuttora notevole la presenza di associazioni di culto focalizzate sulla trance di possessione che hanno finalità tanto religiose che terapeutiche. In quanto strutture rituali, tali associazioni trovano la loro fondazione nel patrimonio mitico e religioso tradizionale.

Il manifestare determinati disturbi psico-fisici può, in queste culture, far ritenere la persona posseduta da uno o più spiriti. L'essere posseduti, però, non è mai visto

² Termine più specificatamente africano.

come un segno negativo: non si attribuisce nessuna responsabilità alla persona posseduta, perché tutto avviene per decisione dello spirito, indipendentemente dalla sua volontà.

Per quanto riguarda la responsabilità individuale nella società africana, la persona non è considerata tanto come un singolo individuo, ma come membro di un gruppo parentale (famiglia, lignaggio, clan), e sociale (villaggio, quartiere, etnia, associazioni di vario tipo). Ovviamente questo non esclude che l'individuo sia riconosciuto responsabile delle sue scelte, semplicemente non si trascura il suo essere sociale, con le possibili ripercussioni che il suo comportamento può avere sugli altri.

Nathan parla di società ad universi multipli, che si differenzia dalla nostra ad universo unico. Per trattare un fenomeno, ad esempio l'isteria in una donna (nel nostro universo un caso di isteria verrebbe classificato come malattia da curare ricorrendo al sapere della psichiatria o della psicologia, dove il malato è l'oggetto ed il medico o lo psicologo sono i soggetti attivi detentori del potere e quindi della cura), la soluzione proposta immancabilmente dalle società a universi multipli consiste nel postulare che uno spirito si è impadronito di lei: «perciò diventa logicamente indispensabile ricorrere a "colui che conosce gli spiriti" *signore del segreto, detentore e officiante del sapere iniziatici*. Questa donna diventerà necessariamente l'informatrice inconsapevole su un mondo invisibile che è bene conoscere... Dunque, appena si manifesta, il disturbo è utile all'intero gruppo per rendere complesso il mondo e per informarsi sui suoi *invisibili*» (NATHAN:1995).

In breve, nell'approccio con la medicina scientifica *l'essere umano è solo*, mentre, al contrario, con l'approccio tradizionale, il paziente è inserito in una rete relazionale (il signore del segreto, i familiari, la comunità nel suo insieme) che consente, mediante il rito della divinazione³, di entrare in relazione con *l'invisibile*, di ricostruire una storia inedita del soggetto e quindi nuovi legami ed interazioni che conducono alla scomparsa del sintomo.

Gli essere soprannaturali sono molteplici

ci: il Dio delle grandi religioni monoteiste (Islam e Cristianesimo); le divinità delle etnie politeiste (come gli Yoruba del Benin, gli Ewe del Togo ecc.). Gli spiriti (spiriti tutelari dei gruppi e delle famiglie; spiriti dei luoghi: ruscelli, foreste, crocchi; spiriti degli elementi: fuoco, metallo vegetali ecc.). I grandi principi: la morte, il rispetto, l'unità della famiglia, la sessualità. Gli organi (confronto delle funzioni della testa e dell'addome, tra i Yoruba; del fegato, del cuore e del respiro nella medicina araba).

Il caso di O.J. in chiave etnopsichiatria ed etnopsicanalitica

La cultura viene considerata da Nathan come struttura specifica di origine esterna (sociale) che contiene e rende possibile il funzionamento dell'apparato psichico (NATHAN:1993).

Per Nathan la cultura è quindi un contenitore, o meglio un universo di senso, ricco di significati condivisi da tutti gli individui appartenenti a quella cultura, che consente al soggetto di sentirsi partecipe di un gruppo dividendo con altri esperienze e vissuti comuni.

Ora pensiamo ad un abitante della Nigeria appartenente, ad esempio, alla tribù degli Yoruba, ed ad italiano residente in una città italiana quale potrebbe essere Milano, non ritenete che esistono notevoli differenze culturali tra questi due individui? E se uno Yoruba si trasferisse in una città come Milano, non si sentirebbe dopo qualche tempo un estraneo o peggio una persona sradicata dalla propria cultura? Quali disturbi, fisici o psichici, potrebbe con il passare del tempo manifestare questa persona? Ed i rimedi proposti dalla nostra scienza medica e psichiatrica fino a che punto potrebbero aiutarla? Noi occidentali, ci faremmo curare un'ulcera da uno stregone africano? Probabilmente no, perché cresciuti in una cultura pervasa di empirismo e razionalità; non pensate che la stessa sfiducia, o forse sarebbe meglio dire la stessa mancanza di un senso condiviso, la possano avere anche gli Yoruba della Nigeria?

Tutto questo per riportare il discorso su alcuni segni che sono il preludio del malessere psichico e che vengono diversamente affrontati a seconda dell'universo culturale di appartenenza.

L'essere allucinati a Milano ha un suo significato: la persona è affetta da psicosi e come tale va ricoverata, per isolarla dai "normali", e curata con farmaci neurolettici specifici. La persona allucinata presso gli Yoruba è posseduta da spiriti e come tale deve essere trattata: non isolandola, ma cercando di capire (tramite la divina-

zione) quale spirito la sta possedendo; la finalità non è la sua liberazione, ma l'iniziazione al culto dello spirito che si è appropriato di lei scegliendola come adepta.

Ritornando a quanto detto in precedenza il paziente psichiatrico a Milano è solo e privo di un ambiente culturale in grado di dare un senso al suo malessere; mentre i professionisti che lo curano, medici o infermieri, invece, sono un gruppo che condividono un sapere che li rende forti ed inattaccabili. Nelle culture tradizionali ad essere solo è lo stregone terapeuta, mentre il malato, per i sintomi che manifesta, viene inserito in un gruppo di persone che presentano i suoi stessi disturbi e con i quali divide il significato di tali segni; l'ambiente diventa così un contenitore significante, ricco di rimandi per interpretazioni condivise dal gruppo dei malati.

Ora O.J. è una Nigeriana venuta in Italia, dove ha trovato un ambiente culturalmente diverso da quello di origine. Probabilmente contatti con la cultura occidentale li aveva avuti anche in Nigeria, ma qui i suoi sintomi, svuotati dai loro significati tradizionali, vengono diversamente interpretati e curati.

O. J. parla di un braccialetto ricevuto in dono, cioè di un oggetto che la mantiene in contatto con la famiglia di origine e quindi con la sua Tribù di appartenenza. Questo braccialetto potrebbe essere stato stregato per ricordarle che non può rompere con le sue radici e la follia è la logica punizione per il suo allontanamento.

Lei è posseduta da diavoli (per il suo essere cristiana) e da spiriti (per il suo ancestrale legame ai culti pagani), ha deliri mistici e trova rifugio in chiesa, unico luogo che ha un significato di legame tra il presente ed il passato, tra il luogo di origine (le chiese costruite dai missionari in Africa) ed il luogo attuale di residenza.

O.J. è una persona spezzata e sradicata in cerca di una sua identità culturale per curare il suo malessere. La diagnosi occidentale è psicosi, viene così trattata, ma la diagnosi tradizionale le viene preclusa. La paziente non trova pace, e qualsiasi trattamento risulta inutile.

Nathan resosi conto dell'inefficacia dei trattamenti psichiatrici applicati agli immigrati, realizza un dispositivo terapeutico originale in grado di favorire «l'ingranamento reciproco tra cultura e psiche» (NATHAN:1993). Le difficoltà che i pazienti immigrati vivono nella relazione con il clinico occidentale non derivano da loro supposte carenze strutturali, ma dalle carenze del dispositivo clinico usuale (psichiatrico o psicoanalitico) che riesce a raccogliere solo alcuni aspetti del pazien-

³ Divinazione: tecnica per scoprire gli avvenimenti futuri attraverso gli esami dei segni che esprimono la volontà degli Dei. Il clinico occidentale interroga il malato sui suoi sintomi e giunge ad una diagnosi; il *signore del segreto*, al contrario, non interroga il malato, ma gli oggetti che rinviano all'universo nascosto (sabbia, conchiglie, il rosario di noci di palma, il Corano).

te e non altri. Nathan per risolvere il problema crea un **contenitore gruppale** «dove il paziente possa installarsi come se fosse all'interno del proprio originario quadro di riferimento» (NATHAN:1993).

Il gruppo composto da terapeuti (medici, psichiatri, infermieri, ostetriche) di etnie diverse, funziona da congegno di scambio e di legame interattivo tra molteplici realtà culturali, evitando di contestare od interpretare i sistemi di pensiero del paziente, ne consente il libero emergere e dispiegarsi. La funzione del contenitore è essenziale poiché l'emigrazione fa inevitabilmente dissolvere il quadro culturale del paziente, lasciando andare alla deriva i suoi contenuti sintomatici decontestualizzati.

Il gruppo contenitore sostituisce la cultura di appartenenza, ridonando significato al malessere del paziente. Questo permette ad ognuno di difendere la propria identità culturale, ed evita che il dispositivo appartenga al solo terapeuta.

Visti i fallimenti nel trattamento di O.J.

questo nuovo dispositivo terapeutico teorizzato ed applicato da Nathan, può rappresentare una possibile via da seguire nell'aiutare la paziente.

Conclusioni

Dopo aver valutato attentamente il percorso terapeutico compiuto in Italia da O.J., e grazie anche alla sempre maggiore divulgazione in campo medico, psichiatrico, ed infermieristico, del sapere etnopsichiatrico, è stata presa la decisione di inviarla presso un grosso centro psichiatrico della zona, dove da tempo sta operando un'équipe etnopsichiatrica. Purtroppo la repentina decisione del marito di trasferirsi in un'altra città per lavoro, hanno impedito di realizzare tale progetto, e di O.J. si sono perse le tracce.

Parole chiave

Alterità, cultura, psichismo, affatturamento, possessione, contenitore gruppale.

Bibliografia

- NATHAN T. (1993), *Principi di etnopsicologia*, Bollati Boringhieri Editore, Torino 1996
- NATHAN T. (1995), *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri Editore, Torino 1996
- EMBER C. EMBER M. (1998), *Antropologia culturale*, Il Mulino, Bologna 2000
- LOSPINOSO M. (1987), *Ombre divine e maschere umane*, Liguori Editore, Napoli 1990
- LANTERNARI V. CIMINELLI L. (1998), *Medicina, magia, religione, valori*, Liguori Editore, Napoli 2002.

L'autore

Infermiera
C.P.S. di Stradella - Dottore in Scienze dell'Educazione: indirizzo "Esperto nei processi di formazione"

Comunicazione agli iscritti

Si ricorda a tutti gli iscritti che il pagamento per l'iscrizione all'Albo professionale doveva essere saldato entro la data di scadenza 23/2/2005, che non avesse provveduto è invitato a farlo nel più breve tempo possibile.

Chi non avesse ricevuto i bollettini per gli anni 2004 e/o 2005, o l'avesse smarrito deve rivolgersi alla segreteria del Collegio.

In caso di variazioni dei dati anagrafici (es. cambio di indirizzo o di posto di lavoro) è tenuto a segnalarlo tempestivamente in segreteria.

Le modalità per la segnalazione sono diverse:
tramite posta ordinaria all'indirizzo: Collegio IPASVI - via Lombroso, 3/B - 27100 Pavia
tramite comunicazione via fax allo 0382528589
tramite e-mail all'indirizzo: info@ipasvipv.it
passando di persona per la compilazione dell'apposito modulo

Per non trovarsi impreparati con le ultime indiscrezioni in merito al controllo dei crediti ECM, pare che il Collegio dovrà fungere da archivio dati crediti, si rammenta l'importanza e la necessità di inviare mediante le modalità sopracitate, copia dei

crediti maturati nei corsi di aggiornamento accreditati dal Ministero delle Salute

La richiesta di certificazioni può essere effettuata anche mediante prenotazione telefonica allo 0382535609.

Il ritiro potrà essere effettuato dal richiedente o, in sua vece, anche da soggetto con delega scritta accompagnata da copia del proprio documento di identità (o della tessera personale di iscrizione all'Albo professionale), nei giorni pattuiti con l'impiegata

Presso la sede del Collegio sono ancora giacenti tante tessere personali di iscritti che, dopo aver richiesto ed ottenuto l'iscrizione, devono essere ritirate; gli interessati sono invitati a ritirarle anche in concomitanza dell'assemblea annuale (vedi 4° di copertina)

Orari di apertura al pubblico del Collegio:
lunedì e giovedì - dalle ore 13.30 alle ore 16.30
martedì e venerdì - dalle ore 9.00 alle ore 12.00
mercoledì - chiusura al pubblico per lo svolgimento delle attività di segreteria
indirizzo di posta elettronica: info@ipasvipv.it

DOV'È IL GUATEMALA?

■ Claudia Mossi *

Ho provato a cercarlo sul mappamondo e sulle cartine geografiche colorate da mille simboli che si usavano a scuola.

Oggi invece ho provato a cercarlo dentro di me, in tanti posti o forse in nessuno... Eppure in tutti questi anni l'ho vissuto davanti agli occhi, l'ho sentito nelle voci della gente colorata per le strade, l'ho sognato nelle notti insonni per il caldo e l'ululare incessante dei cani; l'ho amato nei volti dei bambini sempre allegri, lisci e sottili senza cicatrici perché quelle ci sono... e sono nascoste in fondo al cuore.



E poi l'ho vissuto, l'ho vissuto per tanto tempo tra le mura delle cliniche e degli ospedali dove grida il silenzio delle madri che portano in grembo bambini morti o vecchi stanchi e delusi che cercano semplicemente un po' di pace dopo anni di lotte e sofferenze.

Ma quale Guatemala ho abbracciato e cullato tra le mie braccia in tutti questi anni? Quello che a nord e sud confina con l'odio e la violenza, a est ed ovest con la voglia di non soccombere e la dignità.

Se esistessero altri punti cardinali con tutta probabilità il Guatemala si avvicinerebbe... perché la sua povertà è ricca dentro ma davvero grande. Nonostante sono tanti gli anni di lavoro che ho alle spalle in questo bellissimo paese, ancora non posso dire di conoscerlo bene ma so che è povero e tale diagnosi non può saltare



agli occhi di chi con occhiali scuri da turista, travestito da difensore della pace e delle tradizioni culturali, si permette di dire che i bimbi non sono denutriti ma si alimentano in modo sbagliato o che le foglie di palma sono meglio della lamiera per i tetti delle case.

Forse chi pensa tutto questo dovrebbe osservare le facce degli abitanti di "Colmenas", villaggio sulle montagne ad oriente del Guatemala, e osservarle ora che, grazie ad alcuni progetti realizzati qui in Italia, hanno una casa con muri e pareti, una porta per entrare, una stufa fuori per evitare che il fuoco possa danneggiare il "loro" prezioso e tradizionale tetto di palma...

E i bambini? In una baracca vista lo scorso anno la famiglia era di otto persone. Ora si contavano tre bimbi in meno. Sono morti, uccisi dal raffreddore dalla diarrea e dalla fame.



Questa è la spiegazione della denutrizione... e non siamo no in un film di X-file. Eppure la gente di Colmenas non si è messa in ginocchio anche fosse solo per pregare; non si è piegata e ha continuato.

E i problemi sono tanti, non solamente quelli legati alle malattie, alla mancanza di cibo, acqua e delle più elementari risorse, ma quelli legati alle strade impervie da percorrere per quelli che sembrano infiniti chilometri per raggiungere queste montagne che sono davvero bellissime, scenari di verde immacolati, cartoline spedite e sconosciute a qualcuno che un giorno passando di lì e accorgendosi di loro li ha aiutati a sperare che qualcosa possa cambiare.

I percorsi non sono facili, ne quelli delle strade ne quelli del cuore.

Ho vagato più volte col pensiero a que-



sta gente e oggi, da questo mio ultimo recente viaggio in Guatemala, ho conosciuto e incamerato altre tristezze, altre certezze, come la realtà della regione del Quiché, regione ad occidente colpita e macchiata dagli orrori della guerra e dello sterminio di intere popolazioni maya.

Qui sono tutti analfabeti, vestono abiti tradizionali, portano al collo e alle orecchie monili che non si trovano nei mercati artigianali locali, portano sulle spalle curve il peso di una lotta senza tempo e senza confini. I ricordi sono nitidi, tutt'altro che sbiaditi nel tempo, per cui ti puoi ritrovare ad ascoltare racconti di vedove e anziani dei villaggi sterminati, padri di famiglia che hanno visto decapitare i propri figli sotto gli occhi senza possibilità



vorrei fermarmi e riposare solo ascoltando il rumore del tempo che scorre rapido. E finché ci sarà gente che conta su di me, su di noi e sulla capacità di rimanere a posto con i nervi più o meno saldi e la mente fredda, bisogna andare avanti.

Ho imparato dai latino-americani a lasciare a ogni giorno la sua pena: l'urgenza del pane quotidiano. Inutile preoccuparsi per il domani quando si sa che fare con guerre, uragani, terremoti... così da questo scenario di pace dopo tante sofferenze usciamo ancora una volta convinti che qualcosa si può fare solo grazie al coraggio che questa gente dimostra nel voler lottare.

Del resto la pace non si afferma con le pistole ed i fucili ma con le piccole attenzioni di tutti i giorni, mandando medicinali, libri, quaderni per fare ripartire una vita normale e civile in chi è stato massacrato moralmente e fisicamente dalla guerra, da questa assurda guerra.

È un cammino giusto nel quale vogliamo continuare ad essere presenti.

alcuna di impedirlo.

La regione del Quichè è molto bella, il paesaggio è verde e immenso. A Chachul, il terzo dei tre municipi del cosiddetto triangolo "Ixil" le donne sono tante e hanno voglia di riscattarsi. Si organizzano in gruppi, eleggono un rappresentante che naturalmente è rigorosamente analfabeta e a malapena parla spagnolo, vogliono uscire da questa ignoranza che fa comodo ai governanti, cercano appoggi e strumenti per poterlo fare, non mollano. Tutta la vita di questa gente è bella e terribile.

Un pugno nello stomaco e una struggente dolcezza. Un pianto e un sorriso. Sogni e ricadute in una realtà drammatica; verità che cerchi di scrollarti di dosso perché fanno male e disturbano.

Le frontiere che queste persone hanno frequentato hanno i colori del sangue, quello che irrompe dallo scempio dei massacri accaduti sotto i loro occhi e operati dai signori della guerra. Ma hanno anche il colore della felicità e dell'esultanza, quando nasce un bambino o un adolescente viene educato, quando una madre è strappata alla morte e può di nuovo allattare suo figlio. Per non parlare poi delle fughe della gente del Quichè che ha dovuto abbandonare più volte le case sulle montagne per sfuggire agli attacchi dell'esercito inferocito e pronto a sterminare chiunque si trovi davanti.

Alcuni, i sopravvissuti raccontano che a volte non si faceva più distinzione nemmeno tra quelli dell'esercito e quelli della guerriglia, diventavano un tutt'uno in sintonia perfetta con la morte.

Lunghi sono anche i racconti di chi ha dovuto passare le frontiere dei vicini cugini centroamericani di Nicaragua, Honduras e

Salvador per arrivare fino al Messico culla di esilio di tante persone che hanno dovuto attendere anni prima di rientrare in patria. In più si aggiunga che con la guerra si aggravava la fame, si moltiplicano le epidemie, gli stupri, le stragi.

Un Quichè quindi tutto da rivedere e forse anche tutto da rifare.

A chi mi domandasse come e cosa penso di tutto questo, risponderei che, scorgere un futuro di pace nel sereno di queste montagne non è cosa impossibile. Del resto non so dove sarò domani e a volte

L'autore

*Infermiera
Chirurgia, A.O. di Pavia, Ospedale di Medea
Lomellina (PV); collaboratrice e volontaria
Ains onlus*



Foto di Miguel Pérez Velasco, Cecilia Cobo, María Velasco, Diego Marcial Santiago, Petrona Ramírez, Analily Terraza, Juana Ramírez, Marta Brito y Sebastiana Ceto. Tratte da: *Semanario de Prensa Libre* • No. 24 • 19 de Diciembre de 2004 - D portafolio www.prensalibre.com



Aggiornamento



PAVIA RITORNO

**INFERMIERE E BIOETICA:
DA INCONTRO INEVITABILE A SCELTA CONSAPEVOLE**
Pavia, 19 Febbraio 2005
Convegno organizzato dal Collegio IPASVI di Pavia

■ **Annamaria Tanzi ***
Lorenza Sacchi **

L'INFERMIERE DA STRANIERO MORALE ...AD AGENTE MORALE

Una giornata di studio intensa ed affascinante, un'occasione per riflettere sul ruolo e sulle funzioni dell'infermiere per cogliere la semplicità e la complessità del nostro lavoro che esige una solida competenza specifica per definirne l'area di autonomia e responsabilità. E' per questo, che la formazione etico-morale costituisce la premessa indispensabile per comprendere ed aderire ad un codice di deontologia professionale con il quale un professionista della salute, qual è un infermiere, salvaguardando la dignità della persona assistita, salvaguarda la sua dignità professionale.

E' nella responsabilità etica che si matura la consapevolezza di far corrispondere l'agire nel lavoro con le esigenze più profonde del nursing e del servizio sanitario.

I relatori tutti, hanno presentato argomenti difficili, spesso percepiti come troppo "teorici" e quindi estranei alla nostra vita di tutti i giorni, mostrando e dimostrando come essi debbano invece permeare ogni nostra azione.

Il Prof. Sandro Spinanti, un Maestro di Etica e Bioetica, ha aperto il suo intervento sulla realtà sociale, una realtà complessa in cui diventa sempre più difficile essere consapevoli della coerenza tra valore ed azione e forse, certe profonde insoddisfazioni nascono, dal non riuscire a dare continuità a ciò che sentiamo come il giusto comportamento.

Ovunque vistose novità ci interpellano nell'ambito della tecnologia, della conoscenza, della biologia, della genetica. Cambiano gli strumenti, cambia il tessuto sociale, cambiano i bisogni e le opportu-

nità, cambiano le risorse e la consapevolezza e ... cambiano soprattutto i valori con cui ogni uomo si misura. L'ideologia trionfalistica del progresso cede via via il passo ad un atteggiamento di negativismo, di sgomento e un senso di smarrimento diventa particolarmente vistoso nell'ambito sanitario.

Proprio in quell'ambito sanitario, in un passato recente, ciò che veniva fatto a vantaggio del malato godeva di un consenso morale unanime, attualmente non è più così. I progressi della biomedicina hanno aperto un ampio fronte di preoccupazione poiché la gestione di questo progresso non è solo una questione tecnico-scientifica, ma comporta una serie di problemi etici che devono essere affrontati attraverso un'adeguata riflessione etica. La Bioetica, quale attività della ragione alla ricerca del bene morale, ha dato legittimazione a tutto questo. Il senso è: *non tutto ciò che si può tecnicamente fare, si deve eticamente fare* e le questioni di vita sono questioni che hanno una ineliminabile dimensione etica.

La parola *ETICA* dal greco Ethike (relativo al carattere) o Ethos è quella parte o branca della filosofia che ha per oggetto la determinazione della condotta umana e la ricerca dei mezzi e atti per concretizzarla. Si differenzia, anche se si muove parallelamente, dal termine "morale" il cui significato etimologico riguarda i modi, le convenzioni della vita pubblica e privata in rapporto alla sfera del bene e del male conforme ai principi di ciò che è buono e giusto. Ecco che allora la fusione di queste espressioni, Etica e Morale, determinano il nascere di una corrente di pensiero nuovo, il cui campo di applicazione risulta molto più specifico e più completo: la Bioetica, l'etica della vita, dell'essere vivente. Una

"Noi ci siamo decisamente rifiutati di fare del malato che si mette nelle nostre mani in cerca di aiuto una nostra proprietà privata, di decidere il suo destino, di imporgli i nostri ideali ... ho infatti potuto aiutare, senza bisogno di turbarle nella loro individualità, persone con cui non avevo in comune nulla, né la razza, né l'educazione, né la posizione sociale, né la concezione del mondo."

Sigmund Freud

nuova disciplina questa in grado di coniugare il sapere biologico con quello relativo ai valori umani, ossia ponte tra la cultura scientifica e quella umanistica.

Si può allora affermare che la bioetica si dipana su un terreno accidentato in cui si contrappone la disumanizzazione attribuita alla medicina e la richiesta di un ritorno ad una maggiore umanizzazione.

Il Prof. Spinanti rimanda l'ipotesi più accreditata che "ha a che fare con la sensazione che, parallelamente all'accrescersi delle potenzialità terapeutiche della medicina, si è andata atrofizzando la capacità degli operatori sanitari di essere presenti, in quanto persone umane dotate di sensibilità ed emozioni, alla persona del malato. Si rimprovera ai professionisti della sanità di SAPER CURARE, ma di NON SAPER PRENDERSI CURA".

La cronaca poi, evidenzia situazioni di difficoltà nella realtà sanitaria per le inadeguate risposte ai bisogni di salute e assistenza e non è un caso, che siano proprio gli infermieri particolarmente coinvolti quando i cittadini sono frustrati nelle attese e pieni di risentimento.

E ... oggi giorno il cittadino si ribella, non c'è più indulgenza e tolleranza nelle figure sanitarie e Spinanti non risparmia in questa riflessione critica i medici.

Alla crescente medicina vendicativa sono sottoposti medici ed infermieri con ricadute giudiziarie anche pesanti. Lo scenario attuale è preoccupante e le vittime sono l'ETICA, TUTTI NOI, LA VITA, IL BENESSERE.

Per riprendere dal titolo della sua relazione, nell'evoluzione dei ruoli da servente a infermiere e da paziente a cittadino, Spinsanti rammenta che c'è un terzo elemento, la figura del medico in relazione alla quale è stata necessaria una ridefinizione dei rapporti sia con l'infermiere sia con il cittadino. Nell'epoca pre-moderna (ETICA MEDICA) dominava un modello medicocentrico per cui, il medico era colui che prendeva le decisioni (PADRE), l'infermiera era la MADRE (anche perché erano tutte donne), il paziente non aveva ingerenze nelle faccende dell'ospedale. Tutto il controllo riguardava l'assunzione di questi ruoli ed il loro reale svolgimento. Nell'epoca moderna (BIOETICA) il modello è quello in cui la responsabilità è una realtà plurale, che riguarda attivamente tutti gli operatori sanitari e i cittadini che fruiscono del servizio sanitario. Dal 1990 è il paziente che dispone della propria salute ed anche di rifiutare le cure poiché la salute è sì un bene inalienabile, è sì un diritto/dovere di tutti ma non può essere imposto coattivamente. Non è quindi moralmente giusto sottrarre ad una persona la volontà. Quindi chi prende le decisioni sono il medico ed il malato insieme (decisione consensuale). Il passaggio al

modello della modernità è reso possibile dall'INFORMAZIONE. E solo l'informazione appropriata permette di realizzare un vero *consenso informato* che il Comitato di Bioetica definisce come: una partecipazione più attiva dei pazienti alle decisioni che li riguardano, non è soltanto la firma "liberatoria" su un foglio di carta.

L'evoluzione c'è stata dunque ma non sempre si può parlare di evoluzione felice.

E allora tutto l'agire sanitario rimanda alle ragioni dell'etica ed alle ragioni della responsabilità, questo significa che i professionisti della sanità (medici e infermieri) si impegnino: in primo luogo, ad acquisire le conoscenze attendibili riguardo all'efficacia provata dei trattamenti, alle indicazioni e controindicazioni, agli effetti collaterali; in secondo luogo è necessario SAPER COMUNICARE tali informazioni al paziente, avere la volontà di comunicare, modificando così l'asimmetria di fondo che esiste tra i sanitari e le persone che a loro ricorrono per bisogni di salute.

La quantità e la qualità dell'informazione fornita al paziente, può modificare in modo anche impressionante, la disponibilità di quest'ultimo a ricevere le cure sino ad accettare interventi invasivi.

L'epoca moderna si muove all'insegna dell'AUTONOMIA di scelta da parte del malato/cittadino e con la "mediazione" della BIOETICA per cui:

- **La buona medicina** è quel trattamento che rispetta il malato nei suoi valori e nell'autonomia delle sue scelte.
- **L'ideale medico** è un'autorità democraticamente condivisa.
- **Il buon paziente** è colui che partecipa mediante il consenso informato.
- **Il buon rapporto** diventa un contratto di prestazione d'opera tra professionista e utente.
- **Il buon infermiere** deve essere un facilitatore della comunicazione a beneficio di un paziente autonomo. L'infermiere può fare molto sia dal punto di vista conoscitivo sia da quello emotivo.
- **Chi prende le decisioni** sono il medico ed il malato insieme (decisione consensuale).

Ulteriore cambiamento nella realtà sanitaria è stato determinato dalla *aziendalizzazione* che non è stato sino ad oggi considerato uno strumento di lavoro, suo imperativo e quello di assurgere ad un diverso modo di lavorare, ma come fine per un sempre maggior contenimento della spesa sanitaria pubblica con inevitabili ricadute negative sui cittadini/utenti, sui servizi offerti, sulla risposta adeguata ai bisogni di salute e assistenza della popolazione, sull'efficienza e l'efficacia delle prestazioni sanitarie.

Partendo dal presupposto che l'assistenza sanitaria è un lavoro complesso che implica una pluralità di soggetti e

compiti molteplici, lo stile aziendale in sanità dovrebbe prevedere una integrazione fra le diverse professioni in termini di comunicazione continua ed orizzontale, l'uso di strumenti omogenei per il raggiungimento di un unico obiettivo:

la giusta soddisfazione degli utenti che rimanda alla RESPONSABILITA' per i risultati e cioè, offrire servizi giusti, nel modo e nei tempi giusti, a tutti coloro che ne hanno diritto (ci siamo anche noi!), che rimanda alla ridefinizione della RESPONSABILITA' che deve necessariamente toccare i rapporti di potere (per questo il cambiamento incontra resistenze).

Tuttavia, non possiamo permettere, noi professionisti della salute di lasciare l'ultima parola al potere semmai all'AMORE, ragione ultima che forse induce a essere responsabili per qualcun altro.

Il Prof. Spinsanti in un successivo intervento sulla Bioetica Clinica ha presentato un metodo per l'analisi dei problemi partendo dal fatto che sebbene il nostro agire nell'ambito sanitario sia obbligato ed anche garantito dalle norme legislative, non tutto ciò che è legale è legittimo. E' possibile infatti, immaginare situazioni in cui un certo intervento, diagnostico/terapeutico o di ricerca, sia in accordo con le leggi esistenti, ma contrasti con il giudizio morale del professionista sanitari generando così conflitti tra medici e infermieri soprattutto, questo è un dato storico se pensiamo all'epoca del nazismo, ai manicomio e a tutt'oggi rispetto a tanti dilemmi etici della medicina: aborto, eutanasia, "trapianti d'organo", sperimentazione, contenzione fisica e farmacologia, terapia elettroconvulsivante (è sempre attuale e per di più legittimata in alcune situazioni cliniche dal Comitato di Bioetica Nazionale; questa è una considerazione degli autori dell'articolo che operando in psichiatria da diversi anni rimangono basiti rispetto al fatto che in tale ambito nessuno, operatori sanitari, comitati etici e di bioetica e le istituzioni del diritto, prende posizioni contrarie, e dentro ci mettiamo anche la contenzione fisica e farmacologia, semmai si sono legittimati questi interventi (anche con la deontologia professionale) in un agire assolutamente straordinario ma comunque possibile).

Mettersi contro la legge comporta sanzioni, seguire la propria coscienza spesso richiede un alto prezzo, che non tutti sono disposti a pagare.

Anche se tutti facessimo riferimento alle stesse regole ed agli stessi valori, esistono libertà e spazi di interpretazione relativi alla singola situazione e all'incontro di due mondi diversi, che rendono diverso l'agire quotidiano del professionista anche in situazioni apparentemente simili. Spinsanti nel suo testo "Bioetica e Nur-

sing" edito McGraw – Hill in virtù di quanto appena trascritto dice che nell'assistenza la pianificazione standard serve proprio come guida per guidare i comportamenti che vanno modulati sul singolo paziente.

L'etica clinica è dunque un esercizio particolare della razionalità umana. Quella che deve essere esercitata nel contesto di un sapere incerto e deve tener conto contemporaneamente della norma e delle eccezioni, dei principi e delle circostanze, di ciò che è formalmente corretto e di ciò che in una situazione concreta risulta "bene" o "male minore".

Non si conosce bene se non facendo, si tratta di elaborare le proprie analisi e giungere a conclusioni argomentate, quindi Spinsanti propone una griglia per l'analisi di situazioni cliniche che non trascuri le dimensioni essenziali.

Un modello, la cui specificità è stata la preoccupazione di inserire organicamente la giustificazione etica del comportamento in un contesto più ampio, che include i vincoli legali e deontologici, il **COMPORTEMENTO OBBLIGATO** e il **COMPORTEMENTO ECCELLENTE**.

La buona medicina dei nostri giorni non è più solo quella eticamente giustificabile, ma la medesima che si propone la qualità eccellente: sia la qualità valutabile dell'operatore, sia quella valutabile dal cittadino che usufruisce del servizio.

Ritorna pertanto il concetto di responsabilità e tre diversi livelli di essa: il primo è quello dell'osservanza delle norme, legali, deontologiche o altro, che regolano l'operato del sanitario, definiamo il **COMPORTEMENTO OBBLIGATO**, non siamo nell'etica ma nella pre-etica per cui la verifica di tale comportamento sta nell'interrogativo: cosa ci può capitare agendo in un modo o nell'altro?

Spesso ci si ferma a questo punto, soprattutto in quest'epoca di crescente conflittualità giudiziaria. Ma non si è nella Medicina "buona" e cioè eticamente giustificabile. Allora un altro livello di responsabilità deve essere connotato da un **COMPORTEMENTO ETICAMENTE GIUSTIFICABILE**:

- **La difesa del minimo morale:** due principi, uno di non maleficità (evitare ciò che nuoce) e uno di giustizia (opporsi a discriminazioni e ingiustizie).
- **La promozione del massimo morale:** principio di beneficenza (orientamento al bene del paziente), principio di autonomia (coinvolgimento del paziente nelle decisioni che lo riguardano).

Il terzo livello della responsabilità si riferisce al perseguimento della qualità per cui il **COMPORTEMENTO ECCELLENTE** ci introduce nel *quadrilatero della soddisfazione*:

il paziente è:
giustamente
soddisfatto
ingiustamente
soddisfatto

giustamente
insoddisfatto
ingiustamente
insoddisfatto

Cosa è allora la buona sanità? ha concluso Spinsanti.

Medicina sicura, medicina buona, medicina eccellente: non sono tre medicine, ma una sola pratica in cui ci sia sempre il confronto con le leggi, con l'etica, con la deontologia.

LA DEONTOLOGIA PROFESSIONALE, L'ETICA E LA BIOETICA NELLA QUOTIDIANITÀ DELL'ESERCIZIO ASSISTENZIALE ...

Sono stati al centro del doppio intervento di Laura D'Addio (D.A.I.) che ha ricordato quanto l'universo infermieristico sia stato ricco di svolte giuridiche, professionali, etiche-deontologiche e sociali che hanno configurato un tenace impegno degli infermieri a difendere autonomia, formazione, affermazione e legittimo riconoscimento della professionalità "rivendicando" in un certo senso uno *status* basato sul carattere scientifico delle competenze che esprime.

Infatti l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale, affronta le proprie responsabilità dopo aver acquisito le competenze nella disciplina infermieristica e nelle tecniche su questa fondate.

La D'Addio richiama il Codice Deontologico quale fonte importante per la professione infermieristica alla stessa stregua del Profilo Professionale e della Formazione, un modello di comportamento che può guidare a compiere scelte etiche nell'azione e sviluppare un vero senso di responsabilità. Si può infatti affermare che la deontologia è espressione dell'etica professionale in quanto traduce in norme le istanze morali, specialmente in relazione ai destinatari delle prestazioni e dell'attività professionale. La deontologia consiste in un insieme di regole di autodisciplina e di comportamento che valgono per i membri di una determinata professione, su deliberazione di quest'ultima. Sono dunque gli stessi professionisti a darsi le regole del proprio agire professionale.

Gli infermieri hanno iniziato nel 1960 con il primo Codice Deontologico della Professione Infermieristica composto di nove articoli, prescrittivo, orientato a costruire un'immagine di infermiere disciplinato. Esso per quanto criticabile ha rappresentato una tappa importante della nostra professionalizzazione. Il 1977, la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI approva il nuovo Codice Deontologico della professione infermieristica italiana, vi sono rilevanti cambiamenti formali e sostanziali, una premessa dichiarativa delle finalità dell'infermiere nell'agire pro-

fessionale e tre parti tematiche incentrate su **dimensione umana, rapporti sociali, impegno tecnico-operativo**. Undici articoli, un codice democratico e professionalizzante che reca in essere la riflessione sul contesto in cui un infermiere si muove. Significativi alcuni passaggi: *l'infermiere è al servizio della vita dell'uomo; lo aiuta ad amare la vita, a superare la malattia, a sopportare la sofferenza e ad affrontare l'idea della morte ... L'infermiere afferma e difende il suo diritto all'obiezione di coscienza di fronte alla richiesta di particolari interventi contrastanti i contenuti etici della sua professione*.

Il 1999 ha visto l'emanazione del nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere, redatto e promulgato in un momento nel quale il sistema sanitario ha subito trasformazioni ampie, con ripercussioni significative sulle professioni sanitarie, che sono state poi investite da un dibattito etico e deontologico intenso. Ieri un codice con regole di autodisciplina e comportamenti (DOVERI), oggi un codice che chiede responsabilità ed impegni del professionista che scaturiscono dai valori di una professione (IMPEGNI). Il nuovo Codice Deontologico è preceduto, come quello medico dal giuramento ippocratico, dal *patto infermiere-cittadino*, patto sta ad indicare quel rapporto tra operatori sanitari e fruitori delle cure che meglio corrisponde alla cultura ed alla sensibilità del nostro tempo.

Il nuovo Codice, tutta la deontologia professionale sanitaria, si confronta con altre istanze, il diritto, la morale, l'etica, la bioetica richiamando la coscienza individuale e la coscienza professionale a fondamento della responsabilità e dell'impegno del professionista.

La D'Addio ha portato una serie di riflessioni sui concetti di **RESPONSABILITÀ** e **DEONTOLOGIA** invitando gli infermieri (e non solo) a mettere in discussione continuamente le abitudini consolidate, a vedere i problemi non come ostacoli, bensì come opportunità di miglioramento, ad evitare atteggiamenti del tipo "questo non mi compete" (quasi una formula magica!), a contribuire nell'ottimizzazione dell'uso delle risorse umane e materiali rendendolo il più possibile equo ed efficiente, ad assumere la responsabilità delle scelte e dei risultati per condividerli nell'equipe.

La responsabilità ancora ...

Nell'intervento condotto interamente a braccio da Annalisa Silvestro, Presidente della Federazione Nazionale Collegi IPASVI, per riprendere l'annosa questione degli errori in sanità che mette in luce le carenze di un sistema che non riflette su avvenimenti di questo genere e che non sempre consente ai singoli operatori, medici ed infermieri, di lavorare applican-

do sistematicamente procedure più impegnative, ma di maggiore sicurezza e attuando controlli adeguati. Pertanto c'è una responsabilità individuale a cui attiene senz'altro il compito di migliorare la propria formazione e competenza ma c'è anche una responsabilità del sistema a cui attiene il compito di favorire le condizioni lavorative ideali e di porre in atto un insieme di azioni che renda difficile per l'uomo sbagliare. Di fronte all'errore è necessario interrogarsi sul come e sul perché si è verificato, ciò richiede l'impegno da parte di tutto il sistema, inteso come un insieme di elementi umani, tecnologici e relazionali fortemente interconnessi, a rimodellare i processi assistenziali sulla base di una loro precisa analisi per un'etica della responsabilità realmente interiorizzata e condivisa.

Per riassumere la relazione della Silvestro è stato utilizzato l'editoriale della medesima che apre l'ultimo numero de L'Infermiere - Organo Ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi, per l'impossibilità di raccogliere appunti.

IL MIGLIORAMENTO DELLA FORMAZIONE E COMPETENZA ...

Nell'intervento di Francesco Casile, Dirigente dell'Assistenza Infermieristica, deve necessariamente prendere in considerazione l'Etica e la Bioetica nelle basi dell'Infermiere. Casile ricorda che l'insegnamento dell'Etica nel percorso di studi dell'infermiere è un aspetto che trova il suo fondamento già a partire dalla formazione gestita dalle scuole regionali e previsto dal D.P.R. del 13 Ottobre 1975 n° 867.

Oggi l'Etica continua a mantenere un ruolo decisivo in quel corpus di conoscenza che l'infermiere deve acquisire nella formazione di base. Attraverso alcune inchieste gli infermieri dimostrano di sentirsi investiti di importanti responsabilità etiche e deontologiche nell'esercizio della professione ed essere a favore dell'insegnamento dell'Etica è come essere a favore della *virtù*.

Per quanto riguarda l'insegnamento dell'Etica diventano importanti cinque passaggi:

- L'approccio al Codice Deontologico
- La consapevolezza delle questioni etiche della professione
- Lo sviluppo delle capacità logiche per prendere decisioni morali motivate e difendere il proprio punto di vista
- Lo sviluppo della comprensione cognitiva ed empatica dei valori altrui
- Sviluppare adeguate conoscenze in campo bioetica.

Successivamente sono stati analizzati e commentati i risultati di un'indagine conoscitiva, condotta nel 2004, presso le Università Italiane sedi di Corso di Laurea per Infermieri, in rapporto ai modelli di inse-

gnamento della disciplina etica attualmente adottati. Un'indagine, che conferma la volontà degli insegnanti universitari di promuovere un percorso di insegnamento dove l'elemento etico diventi elemento caratterizzante una filosofia di pensiero "propria" alla professione infermieristica, una specie di "IMPRINTING" mentale durevole.

E' stata anche descritta un'esperienza di insegnamento dell'Etica all'interno del CLI dell'Università di Torino.

L'Etica e la Bioetica dunque, rappresentano un'opportunità nel campo dell'insegnamento per gli infermieri che se colta da tutti, vedrà nel prossimo futuro un professionista accomunato dalla presenza di un orientamento di pensiero di base condiviso e fortemente caratterizzante il ruolo sociale dell'infermiere.

La presenza di un forte substrato filosofico-culturale sui temi etici, e l'esistenza di solidi punti di riferimento ottenuti durante il percorso formativo, contribuiranno in maniera decisiva a dettare le fondamenta per la realizzazione di una risposta infermieristica più chiara e uniforme ogni qual volta il quesito etico emerga, in maniera tale che l'infermiere del futuro affronti le proprie scelte non come uno "straniero morale" ma come quel viaggiatore che ha ben chiaro quale meta vuole raggiungere, e quindi, ha la consapevolezza di quale cammino deve percorrere e di quali mezzi deve dotarsi per affrontare il viaggio.

UN'AUSILIO ULTERIORE ...

È quello offerto dai Comitati Etici, organi principalmente consultivi e formativi, presentati dal Dr. Arturo Mapelli, Presidente del Comitato di Bioetica I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo di Pavia.

I Comitati di Bioetica vengono interpellati per esaminare protocolli di ricerca e sperimentazioni farmacologiche: il loro parere è vincolante.

L'attività formativa si basa su incontri di carattere culturale su problematiche di bioetica. I Comitati sono costituiti da una molteplicità e varietà di rappresentanti del mondo sanitario e non: due clinici, un farmacologo, un farmacista, il Direttore Sanitario, il Direttore Scientifico, un infermiere professionale, un teologo, un avvocato. I Comitati Etici prendono in considerazione, nell'emettere il loro parere, alcuni elementi fondamentali:

- Razionalità, adeguatezza della ricerca
- Competenza dei ricercatori
- Rapporto beneficio-rischio sulla sperimentazione
- Consenso informato al paziente sottoposto alla sperimentazione
- Applicabilità dei farmaci

Ed inoltre si accertano che i vari studi clinici siano condotti secondo principi etici.

IN CONCLUSIONE ...

L'infermiere da *Straniero morale* diventa *Agente Morale*, cioè una persona che compie scelte di natura etica poiché il suo agire è condizionato, ma non interamente determinato, dalle richieste dell'assistito, dall'organizzazione del lavoro, dall'integrazione con altri operatori.

A seconda del suo sviluppo morale un professionista, l'infermiere, può utilizzare uno strumento, il Codice Deontologico quale guida per le proprie scelte che restano comunque personali.

Più volte, nel corso di questo convegno, si è ricorsi al Modello di Sviluppo Morale di Kohlberg, docente di psicologia sociale e dell'educazione statunitense, un modello che si fonda sulla giustizia e delinea un'evoluzione dell'uomo ce, se realizzata per intero, segna il passaggio da un orientamento egocentrico a uno universale.

Ogni professionista dovrebbe chiedersi quale sia il suo livello di sviluppo morale e quanto intenda crescere in questo senso, sapendo che la qualità delle proprie decisioni etiche sarà diversa a seconda di quanto è andato avanti il suo processo di maturazione.

Bibliografia

- Sandro Spinsanti, "Bioetica e Nursing", Editore McGraw-Hill
 C. Calamandrei e Laura D'Addio, "Commentario al nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere", Editore McGraw-Hill
 C. Cortese e A. Fedrigotti, "Etica Infermieristica", Editore Sorbona
 S. Spinsanti, "Le ragioni della Bioetica", Collana La Biblioteca di Giano, Edizioni CIDAS
 Relazione su "L'Etica e la Bioetica nella formazione dell'Infermiere" di Donatella Bernardi, Massimo Bonfanti, Francesco Casile - ASL 3 TORINO
 Abstract su "I Comitati Etici in provincia di Pavia" di Arturo Mapelli - I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo Pavia
 Relazione su "Il Codice Deontologico, un'insostituibile guida" di Laura D'Addio - Università degli Studi di Firenze

Gli autori

- * Infermiera
 Centro Diurno - Polo Torchiello - A.O. Pavia
 ** Infermiera
 S.P.D.C. - A.O. Pavia



IPASVI

Assemblea annuale

1° Convocazione 9 maggio 2005 alle ore 23.00 in Via Lombroso, 3/B, Pavia

2° convocazione

**Sabato 12 maggio 2005
dalle ore 14.00 alle ore 18.00**

Aula Corsi Collegio IPASVI
Viale Lombroso, 3/B - Pavia

Collegio

Infermieri
Professionali

Assistenti
Sanitari

Vigilatrici
d'Infanzia

della
Provincia di
Pavia

ORDINE DEL GIORNO:
RELAZIONE DELLA PRESIDENTE
CONTO CONSUNTIVO 2004

RELAZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI
PROGRAMMA 2005
CONTO PREVENTIVO 2005

Interverrà **Mario Schiavon**

Presidente dell'ENPAPI

(Cassa Nazionale di Previdenza IPASVI)

Si discuterà della Libera Professione e in
merito alla proposta di Legge per il
riconoscimento della Libera Professione
anche per gli Infermieri dipendenti



DELEGA (si ricorda che ciascun iscritto no può presentare più di due deleghe)

Io sottoscritto

n° iscrizione all'Albo Professionale

delego, accettandone le decisioni, l'iscritto

data firma