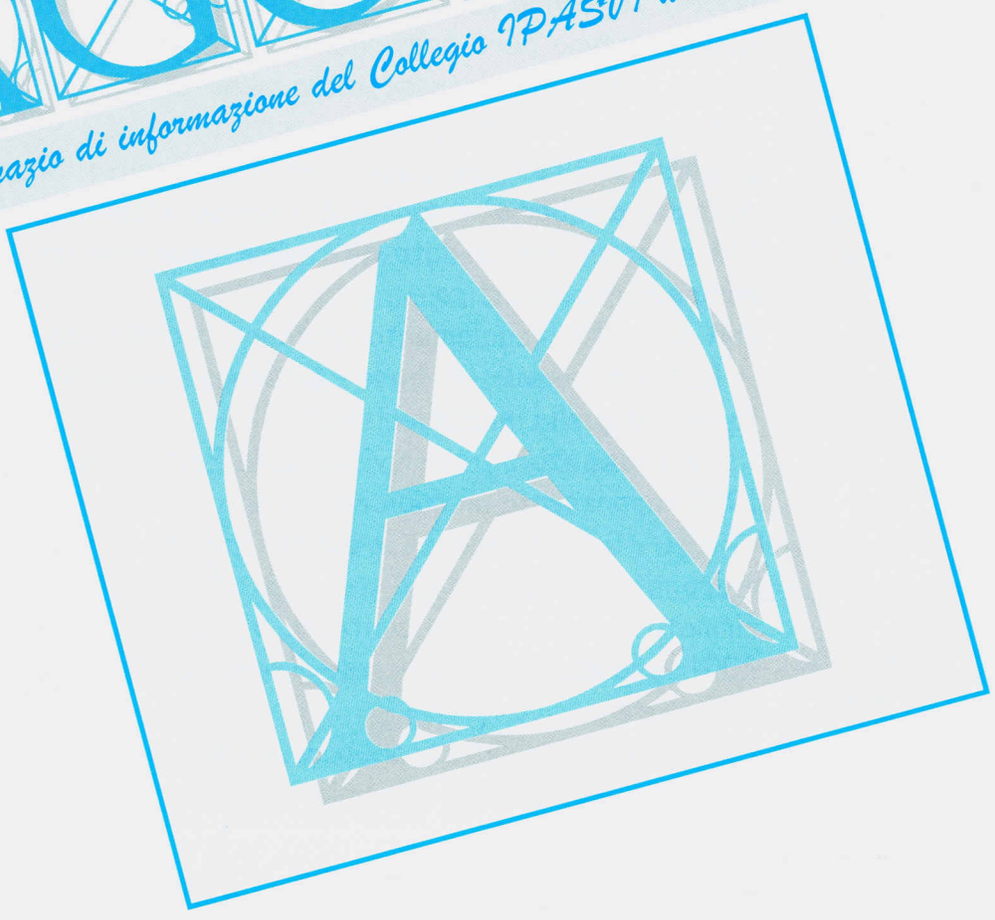
Numero 14
aprile/giugno 2001

AGORÀ

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como



Sommario

* Editoriale
* Nuovi modelli per l'Infermiere in psichiatria
* Verifica di qualità
* O.S.S.
* Infermiere di famiglia
* Influenza della cultura in TIN
* Bacheca

AGORA
Direttore
Responsabile
Barbara Mangiacavalli

Sede, Redazione,
Amministrazione
Collegio IPASVI
viale C.Battisti,8
22100 Como

Proprietario
Collegio IPASVI
Como

Tipografia
Cograf - Vanzago (MI)

Trimestrale informativo del Collegio IPASVI di Como

Pubblicazione autorizzata dal Tribunale di Como con Decreto 1/98 del 09/02/98

Per contattarci:
Tel. 031.300218
Fax. 031.262538
E-mail:
ipasvico@tin.it

Editoriale

di Barbara Mangiacavalli

I FUTURI SCENARI DELLA PROFESSIONE INFERIERISTICA

Riuscire a stare al passo con i rapidi e determinati cambiamenti normativi nella professione infermieristica è veramente opera ardua. Sono ormai conquiste consolidate la formazione universitaria con il diploma universitario (1990) ed il profilo professionale dell'infermiere (1994). Il grande salto in avanti però, si è realizzato ultimamente.
Ripercorriamo però brevemente le tappe significative dell'ultimo biennio, alcune note e già discusse, altre meno, al fine di ridisegnare il vasto campo dell'esercizio infermieristico.
Legge 42/1999: sancisce la professionalità infermieristica (toglie l'appellativo ausiliario) e sancisce il campo proprio di autonomia e responsabilità infermieristica dato da codice deontologico, profilo professionale e ordinamento didattico.
DM 509/99: regolamenta l'autonomia didattica degli atenei ed istituisce le lauree triennali - di base - e biennali specialistiche; Tra le lauree sanitarie vi è quella infermieristica .
Codice deontologico: rivisto dalla Federazione Nazionale dei Collegi nel 1999 rappresenta un codice comportamentale valido per l'infermiere.
L. 251/2000: riconosce la dirigenza per le professioni sanitarie.
Accordo Stato-Regioni per il profilo dell'OSS: nell' arprile 2001 viene firmato il regolamento contente il profilo dell'OSS. Sempre nel corso del 2001 vengono siglati i decreti di area sanitaria per gli ordinamenti didattici di laurea.
Per tentare una sintesi dei provvedimenti citati di può delineare lo scenario della professione infermieristica che, stando alla norma, può concretizzarsi entro la fine dell'anno.

Come primo aspetto la possibilità di attivare già il prossimo anno accademico, se il polo didattico ha definito il regolamento, i corsi di laurea di primo livello e poi successivamente di secondo livello. Questo significa a tutti gli effetti un percorso formativo accademico qualificato e autorevole.
In secondo luogo la possibilità di dirigere i servizi infermieristici affiancando al termine direzione il vero contenuto e significato del processo direzionale; il dirigente infermieristico esce dal comparto ed entra nel comparto della dirigenza; ma se questo è l'effetto formale, quello sostanziale lo legittima ad intervenire nei processi organizzativi e gestionali delle aziende sanitarie ed implementare modelli organizzativi innovativi abbandonando l'attribuzione per compiti.
A cascata deriva un intervento autorevole e autonomo nella direzione delle risorse infermieristiche e di supporto.
Infine l'accordo Stato - Regioni per il regolamento dell'O.S.S. : non ci dilunghiamo sui contenuti specifici del profilo e della formazione in quanto trattati all'interno di Agorà.

La riflessione che voglio proporre in questo contesto è in linea con questo panorama di rinnovata responsabilità infermieristica.

L'OSS è e resta un operatore di supporto all'assistenza infermieristica; l'infermiere è e resta il professionista dell'Assistenza Infermieristica.

Se questo è il presupposto di partenza possiamo ragionevolmente pensare che l'infermiere mantiene la responsabilità di tutto il processo assistenziale (sancito anche dal DM 739/94) e ha la responsabilità di gestire la delega nei confronti di questo operatore: il nostro ordinamento giuridico non assegna in capo all'esecutore alcuna responsabilità . Questa figura può agire solo su indicazione e su delega del professionista (paradossalmente era la nostra situazione in epoca mansionariale). Ecco allora che l'infermiere deve anche "prendersi" la responsabilità di gestire la delega nei confronti dell'operatore di supporto.
Mi sembra utile proporre , a tal fine un processo di ragionamento, rispetto alla delega , composto dai seguenti elementi:

cosa delegare: sicuramente non i momenti decisionali ed il processo di Assistenza Infermieristica; posso pensare di delegare alcuni compiti limitatamente al momento esecutivo.

A chi delegare: non tutti gli operatori di supporto sono uguali; devo valutare livello di preparazione e capacità e posso decidere di non delegare a quella determinata persona .

Dove: non tutti i luoghi assistenziali sono identici: il domicilio, l'ospedale, la struttura assistenziale hanno caratteristiche diverse.

Per chi: per quale paziente utilizzo la delega : l'igiene dei capelli ha decisamente complessità diverse se il destinatario è un anziano autosufficiente ospite in una RSA oppure è un politraumatizzato ricoverato in ospedale.

Ritengo, al di la di queste riflessioni iniziali e superficiali, che la professione infermieristica deve ancora interrogarsi e confrontarsi sull'utilizzo di questo operatore , non solo OSS, ma anche le altre figure di supporto , al fine di condividere linee guida e orientamenti per l'inserimento nelle strutture sanitarie.
Per tentare una conclusione rispetto a tutto il panorama presentato è chiaro come emerge un filo conduttore che è il concetto di RESPONSABILITA' : responsabilità dell'Assistenza Infermieristica quindi clinica, responsabilità dell'utilizzo degli operatori di supporto quindi gestionale, responsabilità di chi coordina e dirige quindi organizzativa ed infine, ma non meno importante, responsabilità di chi forma il professionista all'assunzione di responsabilità quindi formativa.

Un concetto che, nella forma e nella sostanza gli infermieri non possono più permettersi di non conoscere.

COMMISSIONE AGORA'

Come vi sarete accorti sfogliando questo numero di AGORA' alcune cose sono cambiate; in particolare c'è la presenza anche sulla nostra rivista dello spazio pubblicitario. E' stata questa una scelta per molti aspetti obbligata a cui siamo giunti dopo aver valutato pro e contro rispetto al bilancio economico del collegio, alle esigenze degli iscritti, ed alla possibilità di finanziamento offertaci dalla ditta comasca ARTSANA.
Crediamo e speriamo di aver compiuto un passo in avanti per offrire un servizio migliore agli iscritti. Ora sta a tutti noi, iscritti del collegio I.P.A.S.V.I. di Como, valutare la bontà di tale scelta e soprattutto riempire di contenuti questa rivista. Ci ripetiamo, ma crediamo fortemente che la crescita della nostra professione sia legata a ciò che ogni iscritto pensa e compie nella propria vita professionale, per questo riteniamo IMPORTANTE che ognuno metta le proprie riflessioni a servizio dei colleghi, molto semplicemente, perchè forse per rispondere ai bisogni della gente bastano poche ma ben chiare idee. GRAZIE

M.LUISA BIANCHI - O.RONCHETTI - R.SERGEANT - D.VALLE

NUOVI MODELLI PER L'INFERMIERE IN PSICHIATRIA

di TANGREDI SANDRO IP DSM Como

Le competenze dell'infermiere professionale in psichiatria sono alquanto diverse da quelle richieste ad un infermiere professionale che lavora in un altro contesto sanitario: l'aspetto tecnico è una piccola parte mentre è predominante la relazione terapeutica. Per meglio comprendere la situazione attuale in cui ci troviamo a lavorare è bene ripensare al passato, a quali erano le nostre funzioni prima della Legge 180 (chiusura delle strutture manicomiali). Alla nostra categoria erano deputati compiti esclusivamente di custodia e di contenzione: la stessa struttura manicomiale era chiusa e segregante avendo come obiettivo l'isolamento sociale di soggetti "alienati" e "disturbanti". Fortunatamente molte cose sono cambiate, la psichiatria si connota in maniera sempre più attenta all'area sociale, altre parole chiave sono entrate e hanno scardinato tutto: presidiare il territorio, salvaguardare la rete sociale, lavorare sulla riduzione della disabilità e dell'handicap. Oltre a parole nuove si sono aggiunte figure professionali diverse: ormai non vi è servizio psichiatrico che non abbia nel suo organico educatori, animatori, musico-terapisti, riabilitatori psichiatrici, tutti operatori con una formazione non più sanitaria ma educativo-riabilitativa. Noi infermieri come ci collochiamo in questo cambiamento? Quali sono i riferimenti per operare diversamente, come richiesto dal "nuovo corso"? Sia si lavori in struttura territoriale (C.P.S.), in corsia (S.P.D.C.), o in struttura residenziale (Comunità terapeutica), vi è uniformità di azione, un fare comune che ci collochi in uno spazio nostro e definito che superi il modello esecutivo e prettamente sanitario? Sarà l'identificazione di competenze professionali ciò che qualitativamente connoterà gli interventi e il nostro profilo, o, soprattutto l'adottare nuovi modelli di lavoro sia organizzativi sia terapeutici? Attualmente la mancanza di tali modelli si sente, ognuno lavora a soggetto e se esiste una motivazione di fondo all'intervento (prendersi cura dell'altro), mancano riferimenti, obiettivi, piani assistenziali comuni.
Esiste uno specifico infermieristico in psichiatria che superi i vecchi modelli di esclusività della contenzione farmacologica e meccanica e che ci pongano a pieno diritto quali operatori che sanno, sanno fare e sanno essere in questo nuovo corso?
Queste ed altre riflessioni vorrei condividere con altri.

Crediamo che da un punto di vista professionale sia molto importante che le aspettative del collega non vadano deluse. Speriamo che questo sia l'inizio di un dibattito attraverso la rivista su questo tema.

IL COMITATO DI REDAZIONE

Pervenuto il 10.01.01 - Approvato dal Comitato di redazione il 15.01.01

Pervenuto il 11.01.01 / Approvato dal Comitato di redazione il 15.01.01

Verifica di qualità dell'assistenza infermieristica: utopia o esperienza di unità?

a cura di Mariacristina Corradini - IID Dirigente Infermieristico Ospedale Valduce

Premessa:

La doverosa premessa, innanzitutto, finalizzata alla presentazione del nostro contesto operativo: l'Ospedale Valduce di Como è gestito dalla **Congregazione delle Suore Infermiere dell'Addolorata**, a cui la fondatrice Madre Giovannina Franchi ha consegnato questo mandato (26 agosto 1863): "Assistere gli infermi per amore di Dio, ma con GRAN CUORE ". IL METODO DI VITA identifica la finalità specifica delle Suore Infermiere dell'Addolorata: "L'assistenza corporale e spirituale degli infermi, preferendo i poveri, massime se moribondi, col disporli ad una buona morte, essendo questa l'opera di carità più cara a Dio e più utile alla salvezza delle anime".

La domanda provocatoria espressa dal titolo della presente dissertazione, vuole subito focalizzare l'attenzione su una problematica aperta per i professionisti infermieri che, a parere di chi scrive, tendono sempre più verso la maggiore soddisfazione della persona destinataria dell'assistenza infermieristica, attraverso la loro competenza specifica e il loro ideale di servizio.

L'ambito disciplinare infermieristico è terreno di studio, non solo in università per la formazione di base degli infermieri, ma anche nei diversi ambiti dove l'infermiere lavora per essere sempre più coerenti con l'evoluzione di tutta la professione infermieristica in Italia. Infatti, nelle diverse realtà operative delle strutture sanitarie o territoriali, l'infermiere incontra la PERSONA portatrice di bisogni di assistenza infermieristica e instaura una relazione assistenziale finalizzata a ripristinare lo stato di autonomia della persona stessa o più ampiamente della collettività.

La scelta di intraprendere un percorso di ricerca della QUALITA' ASSISTENZIALE ha un fondamento di origine disciplinare ed etico, nel senso che implica la convinzione dei professionisti stessi di poter continuamente migliorare il loro servizio... come si legge nella **Carta degli Operatori Sanitari** (Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari - Città del Vaticano 1994) : "l'attività degli operatori sanitari ha l'alto valore di servizio alla vita... Il servizio alla vita è tale solo nella fedeltà alla legge morale, che ne esprime esigentemente il valore e i compiti. Oltre una competenza tecnico-professionale, vi sono per l'operatore sanitario responsabilità etiche... fondate sul rispetto della dignità della persona e dei diritti degli ammalati".

Introduzione

La Verifica e Revisione di Qualità (V.R.Q.) nasce in Ospedale Valduce, come prima esperienza nell'Unità Operativa di GASTROENTEROLOGIA, dove il Primario e la Caposala, con tutti i collaboratori medici ed infermieri, da veri "pionieri", introducono il processo di verifica e revisione della qualità, a partire dal Settembre 1996, adottando nella pratica quotidiana uno strumento di rilevazione di determinati "eventi critici".

Lo scopo perseguito è il comune desiderio di migliorarsi, sulla base della motivazione personale e di migliorare il servizio erogato alle persone assistite, attraverso una logica di sviluppo delle risorse umane fatta di partecipazione, senso di appartenenza al gruppo di lavoro e spinta all'autovalutazione.

Nel 1998 la Direzione amministrativa dell'ospedale, anche alla luce dell'esperienza maturata nell'U.O. di gastroenterologia, istituisce il Comitato di VRQ ospedaliero, in cui l'ambito infermieristico è presidiato dal Dirigente Infermieristico e dalla Caposala di gastroenterologia.

ESPERIENZA DI Verifica di qualità dell'Assistenza Infermieristica (VQAI)

Per tornare al quesito iniziale, si è colta l'opportunità di avere riconosciuto a livello istituzionale il Comitato di VRQ e la rappresentanza infermieristica, per avviare progetti specifici di **Verifica di Qualità dell'assistenza Infermieristica (VQAI)**, e la conditio sine qua non è stata che l'attività stessa doveva essere portata avanti INSIEME dagli INFERMIERI dell'Ospedale Valduce.

Pertanto, sono state concordate le seguenti modalità operative:

* Coinvolgimento attivo di tutti i Caposala, i quali si impegnano ciascuno all'interno della propria U.O., ad attivare e responsabilizzare i rispettivi infermieri, condividendo l'ottica di miglioramento continuo dell'assistenza infermieristica.
* Confronto, attraverso riunioni mensili di reparto, nonchè attraverso le riunioni ospedaliere indette dal Comitato di VRQ, tra il personale infermieristico e medico, per discutere le problematiche metodologiche e gli obiettivi prefissati, ed infine presentare i risultati raggiunti.
* Definizione ed elaborazione di progetti di VQAI generali o per aree omogenee (area chirurgica, area medica, area critica e area materno-infantile), da implementare e sviluppare nelle diverse realtà operative, arrivando poi a condividere i risultati finali collegialmente con gli infermieri di tutte le unità operative. E' importante sottolineare che, al fine di mantenere il principio di "unità infermieristica", i gruppi operativi di lavoro sono formati da infermieri scelti e rappresentanti le diverse realtà, coordinati dal

Dirigente Infermieristico.

Il primo progetto ospedaliero di VQAI, ha coinvolto direttamente gli infermieri di tutte le unità operative dell'Ospedale Valduce su tre problematiche assistenziali specifiche e quindi nell'elaborazione dei seguenti PROTOCOLLI INFERMIERISTICI:

1. "**Introdurre e controllare i Cateteri Venosi periferici**" con il seguente obiettivo: la persona assistita necessita di un intervento infermieristico di sostituzione. L'infermiere eroga in autonomia e responsabilità l'azione infermieristica "introdurre in una vena superficiale degli arti superiori o inferiori un CVP" e "controllare i CVP, verificandone periodicamente la pervietà e/o la presenza di segni di infiammazione-infezione nel punto di inserzione e lungo il decorso della vena in cui sono stati introdotti".
2. "**Controllare i Cateteri Venosi Centrali e Periferici**" con il seguente obiettivo: la persona assistita necessita di un intervento infermieristico di sostituzione. L'infermiere eroga in autonomia e responsabilità l'azione infermieristica" rinnovare in tempi stabiliti e occasionali la medicazione dei CVP e CVC e sostituire le relative vie di infusione" e "verificare la pervietà dei CVP e dei CVC e/o la presenza di segni di infezione, al fine di monitorare e segnalare tempestivamente eventuali complicanze".
3. "**Indicare i comportamenti e le precauzioni da osservare, durante l'impiego di purganti drastici (lassativi, enteroclismi)**" con il seguente obiettivo: la persona assistita necessita di un intervento infermieristico di guida al fine di ottenere un'adeguata preparazione intestinale.
L'infermiere eroga in autonomia e responsabilità l'azione infermieristica "fornire alla persona le conoscenze e le nozioni necessarie ad una adeguata preparazione intestinale prevenendo, nel massimo grado possibile, per il suo livello di autonomia ed il suo ambiente di vita, le eventuali complicanze" finalizzata ad assicurare l'eliminazione intestinale.
Il percorso di elaborazione dei protocolli è partito dall'esame della letteratura sugli argomenti individuati, per poi proseguire attraverso il confronto con l'esperienza maturata nella realtà Ospedale Valduce e quindi giungere, ottimizzando le risorse presenti, alla stesura definitiva.
La sperimentazione si è svolta introducendo i tre protocolli in tutte le unità operative, nelle quali, attraverso una scheda di rilevazione trimestrale degli indicatori di verifica (da dicembre 1998 a febbraio 1999), è stato possibile rielaborare complessivamente l'efficacia dell'adozione degli stessi rapportandola ai dati antecedenti l'introduzione dei protocolli, rilevati presso l'unità operativa di Gastroenterologia, come riassunto nella seguente tabella:

INDICATORI DI VERIFICA DEI TRE PROTOCOLLI	RISULTATI (differenza in percentuale)
1. Comparsa di flebite da infusione	- 23%
2. Comparsa di positività alla coltura della punta del CVC e/o del tampone sul sito di inserzione	- 66%
3. Comparsa di malore durante la preparazione intestinale e/o non corretto uso degli ausili	- 32%

La riduzione dell'incidenza delle complicanze relative alle attività infermieristiche definite nei suddetti protocolli ha confermato l'affidabilità degli stessi, che però, in un'ottica dinamica di miglioramento continuo, potranno e dovranno sicuramente essere rivisti a distanza di tempo, per ulteriori aggiornamenti.

Un secondo esempio, è il Progetto infermieristico relativo alla " **Preparazione della Persona all'intervento chirurgico**" svolto dagli infermieri dell'area chirurgica che, mantenendo la modalità operativa sopra esposta, ha portato all'elaborazione di due protocolli:

1. "**Lavaggio Igienico Preoperatorio**", con la seguente FINALITA' : il lavaggio igienico preoperatorio della cute ha l'obbiettivo di ridurre al minimo, per quanto possibile, il numero di microrganismi, in modo da contribuire alla prevenzione dell'infezione chirurgica.
L'Infermiere è responsabile nel controllo e/o esecuzione della procedura del lavaggio igienico nella persona da sottoporre ad intervento chirurgico.
2. "**Tricotomia Preoperatoria**" con la seguente FINALITA' : la tricotomia preoperatoria ha anch'essa l'obiettivo di ridurre il rischio di infezioni chirurgiche, a fronte di una scrupolosa applicazione della procedura.
L'Infermiere è responsabile nel controllo e/o esecuzione della procedura di tricotomia nella persona da sottoporre ad intervento chirurgico.

Un ulteriore esempio è dato dal progetto infermieristico di VQAI dell'area materno-infantile, in cui ostetriche, infermiere e puericultrici hanno affrontato la " **Valutazione dello stato di benessere della puerpera e del neonato a 10 giorni dal parto**".
Tale esigenza si è resa sempre più evidente, a seguito della progressiva riduzione dei giorni di degenza per le puerpere e per i neonati, e dell'istituzione di due ambulatori divisionali: uno gestito dai pediatri e dal personale infermieristico del Nido finalizzato alla valutazione del neonato (alimentazione, grado di cre-

scita ecc); l'altro gestito dalle ostetriche avente lo scopo di valutare le condizione psicofisiche della mamma (difficoltà incontrate a domicilio, verifica delle informazioni ricevute durante i giorni di degenza in termini di chiarezza e completezza; verifica di eventuali complicanze relative l'allattamento, quali ingorgo, ragadi ecc. o a carico di altri organi; definizione di eventuali azioni correttive e/o terapeutiche).
Il Progetto di VQAI ha, quindi, l'OBIETTIVO di definire le caratteristiche essenziali dell'allattamento materno, quali riferimenti uniformi e condivisi da tutto il personale. Tale argomentazione è di precipua importanza nel puerperio e coinvolge le diverse figure professionali, le quali devono garantire il benessere dell'unità madre-bambino.

Un ultimo esempio è rappresentato dal Progetto Infermieristico relativo alla "**Prevenzione delle cadute**" svolto dagli Infermieri dell'area medica e critica e tuttora in itinere, con il seguente OBIETTIVO: prevenzione delle cadute accidentali dei pazienti in Ospedale Valduce, intrapreso a partire dallo studio della nostra realtà relativamente alla suddetta problematica, per giungere alla successiva elaborazione di proposte correttive.

CONCLUSIONE

Pur non avendo la pretesa di essere stati esaustivi nella presentazione della nostra esperienza, all'interno dell'Ospedale Valduce, ci auguriamo di essere riusciti a trasmettere quelli che, anche per noi fin dall'inizio, sono stati considerati i due " capisaldi" di tutto il processo avviato:
1. innanzitutto, l'impegno e l'entusiasmo di professionisti infermieri ad affrontare una sfida culturale e professionale sicuramente "avvincente", ma anche rischiosa in termini di investimento personale e garanzia sui risultati reali;
2. in secondo luogo, il desiderio di verifica costruttiva del proprio servizio professionale, inteso come l'assistenza infermieristica erogata da ciascun infermiere quotidianamente, con la finalità ultima di perseguire il costante miglioramento del servizio complessivo.

Concludendo ritengo che, in base alle motivazioni esposte, possiamo rispondere alla domanda iniziale , affermando con certezza che **la VQAI non è un'utopia: lo testimonia la positiva esperienza di unità infermieristica avviata**, con la convinzione che la strada da percorrere è ancora molto lunga ed anche in "salita", in quanto le difficoltà sono sempre presenti, ma con altrettanta convinzione che INSIEME possiamo percorrerla, se permane la volontà e il desiderio di ciascuno di "essere professionista infermiere" di fronte alla Persona bisognosa.

RINGRAZIAMENTI

Desidero esprimere un sentito ringraziamento a TUTTO il Personale Infermieristico dell'Ospedale Valduce (e a ciascuno in particolare!), per aver colto il significato e l'importanza della VQAI e, soprattutto, per continuare ad investire energie e risorse nella sua realizzazione: "Il continuo progresso della medicina richiede da parte dell'operatore sanitario una seria preparazione e formazione continua, per mantenere, anche mediante studi personali, la dovuta competenza e il debito prestigio professionale" (Carta Degli Operatori Sanitari - 1994).
Aggiungo il dovuto riconoscimento al Personale Medico che "crede" nella VRQ, in quanto è per noi uno stimolo ulteriore di confronto e di crescita continua, per il raggiungimento della meta comune nei confronti delle persone assistite.
In ultimo, ma non per importanza, esprimo la stima nei confronti della Congregazione delle Suore Infermiere dell'Addolorata, perché ci da l'opportunità di Essere Professionisti Infermieri di fronte alle persone destinatarie del nostro servizio.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. "Quaderno del Nursing di base" ed. Nettuno Verona;
AA.VV " VRQ: Verifica e Revisione della Qualità" C.E.A.;
Brunner-Suddarth " Nursing medico chirurgico" C.E.A.;
Cantarelli M. " Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche" Masson;
Enkin, Keise , Chalmers " L'efficacia delle procedure di assistenza alla gravidanza e al parto: una completa rassegna critica degli interventi medici e ostetrici" ed. RED/Como;
La Leghe League International "L'arte dell'allattamento materno" pubblicato da le Leghe League Ineternational - Illinois USA;
Sironi e altri " Tecniche Infermieristiche" Masson;
Smith - Duell " L'assistenza infermieristica , principi e tecniche" ed. Sorbona.

§§§§§§§§§§§

L'OPERATORE SOCIO SANITARIO

di **Erina Malgesini - Paolo Tettamanti - Doriana Valle**

Pervenuto ed approvato dal Comitato di redazione il 07.05.01

Nella cronologia che pubblichiamo insieme a questo articolo c'è un po' della storia di questo nuovo operatore chiamato **Operatore Socio-Sanitario, in sigla O.S.S.**.

Questo soggetto nasce con un decreto di due ministeri e con una delibera della giunta della Regione Lombardia ma ha vissuto per un anno in mezzo a diversi conflitti.

C'è un conflitto Governo-Regione Lombardia (le norme si rincorrono, c'è un ricorso pendente sulla competenza dello Stato o della Regione a fare norme di questo genere,...), non del tutto attribuibile ai consueti motivi di contrasto tra i due enti ma anche a visioni diverse: una più incline a considerare l'OSS la somma di ASA e OTA l'altra più vicina all'idea del vecchio infermiere generico.

Oltre al conflitto di competenze poi sembra esserci anche - almeno nella fase iniziale - differente visione sul profilo dell'OSS tra l'assessorato regionale alla Famiglia e alle Politiche Sociali e quello alla Sanità.

In questo incrociarsi di conflitti i Collegi lombardi hanno svolto, attraverso il loro coordinamento, un'azione di vigilanza e intervento che ha richiesto notevoli energie e molto tempo per le numerose riunioni preparatorie (nei singoli Collegi e nel Coordinamento regionale) e per gli incontri con i diversi funzionari regionali.

La posizione che abbiamo sostenuto è stata comunque sempre costante e sempre improntata alla difesa della professione ma soprattutto dei pazienti che assistiamo.

1. Abbiamo sempre ritenuto utile introdurre l'OSS (unisce l'OTA - nato per un impiego a prevalenza sanitaria - all'ASA - nato per attività con prevalenza sociale - ma oggi questo non era più vero)
2. Abbiamo sempre chiesto che venisse scritto esplicitamente che opera su indicazione e sotto il controllo dell'infermiere
3. Abbiamo sempre chiesto un rappresentante a livello regionale per la formazione dell'OSS e che fosse centrale il ruolo degli infermieri nella formazione (direzione corsi, docenze, commissioni d'esame)

Non sappiamo ancora cosa nascerà da questo lungo e faticoso lavoro ma ormai è chiaro che l'OSS è un operatore che affiancherà il personale sanitario svolgendo un'attività volta a soddisfare i bisogni, in particolare quelli di base, della persona sia all'interno di strutture (ospedali, RSA,...) sia sul territorio e nei servizi, sia nell'ambito sociale che in quello sanitario.

Ciò che comunque è certo è che gli OSS (ma si è già cominciato anche con gli ASA) richiederanno una sempre maggiore capacità di coordinamento dell'assistenza da parte di tutti gli infermieri. Questa capacità si fonderà sulla conoscenza dei principi di base dell'esercizio della professione (modelli assistenziali teorici, cartella infermieristica, piani di assistenza,...) e sulla capacità dei colleghi di "incanalare" l'attività dei collaboratori - ASA, OTA o OSS - all'interno di questi elementi a beneficio del paziente assistito.

Quindi se per il mondo infermieristico la sfida politica dell'introduzione dell'OSS si gioca a livello di rappresentanze istituzionali (i Collegi, la Regione, il Governo) la sfida culturale dell'OSS è rivolta ai singoli infermieri e li chiama a governare culturalmente il processo assistenziale e coloro che ne fanno parte.

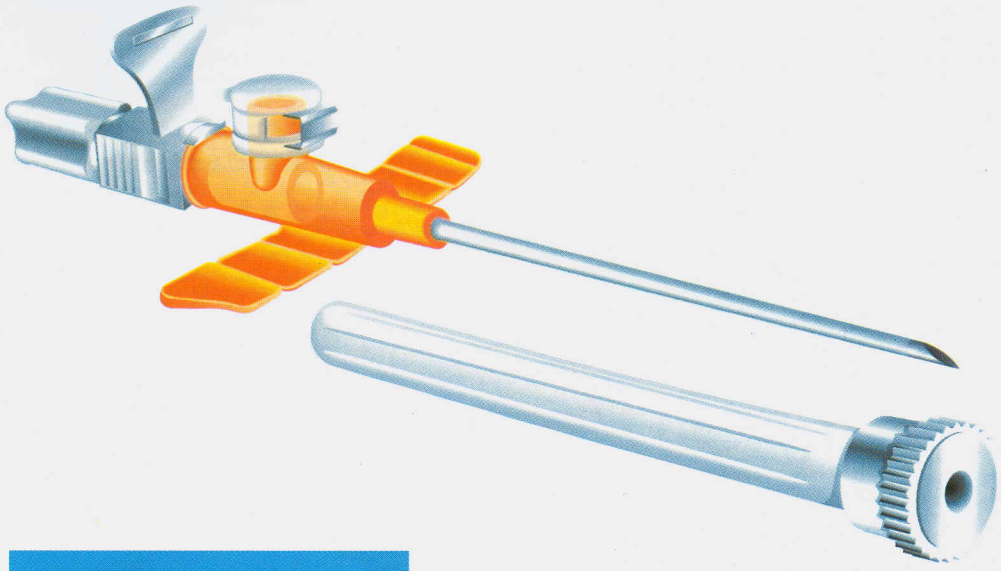
UN ANNO DI LAVORO

18 Febbraio 2000

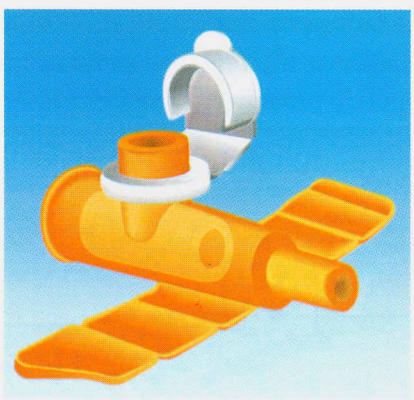
Il Ministero della Sanità e quello della Solidarietà Sociale adottano un regolamento che definisce chi è, cosa farà e quale percorso formativo avrà l'Operatore Socio Sanitario.

E' un decreto ministeriale valido in tutta Italia ed è il quadro all'interno del quale devono muoversi tutte le norme regionali.

AGHI-CANNULA A DUE VIE



Affilatura tipo "Back Bevel".



Seconda via d'accesso con valvola anti-riflusso e cappuccio protettivo.

Ago-cannula a due vie, sterile monouso, apirogeno, atossico.
Cono Luer Lock.
In blister singolo "Peel-Pack".

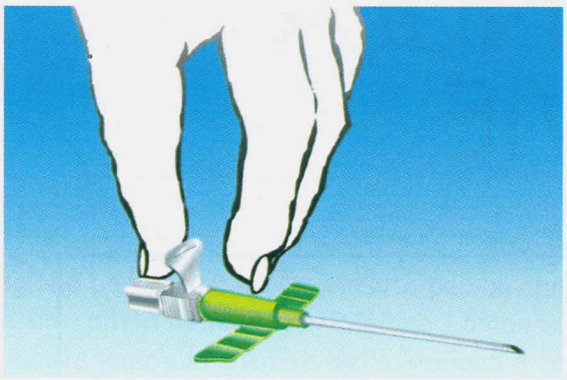
CARATTERISTICHE GENERALI

- Sterilizzazione a Gas Ossido di Etilene.
- Parete sottile.
- Catetere radiopaco.
- Rastrematura del catetere a doppia conicità.
- Trattamento siliconico.
- Codice colore internazionale.

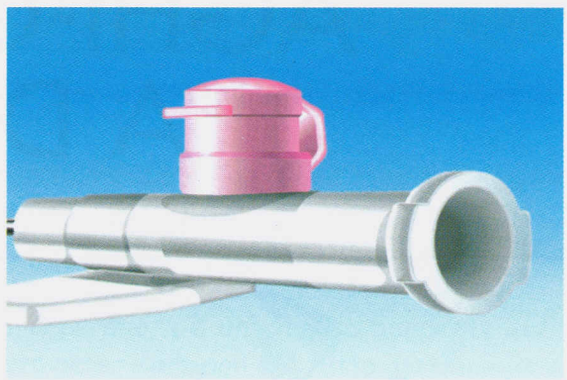
INDICAZIONI D'USO

- Procedure endovenose periferiche a scopo terapeutico e diagnostico.

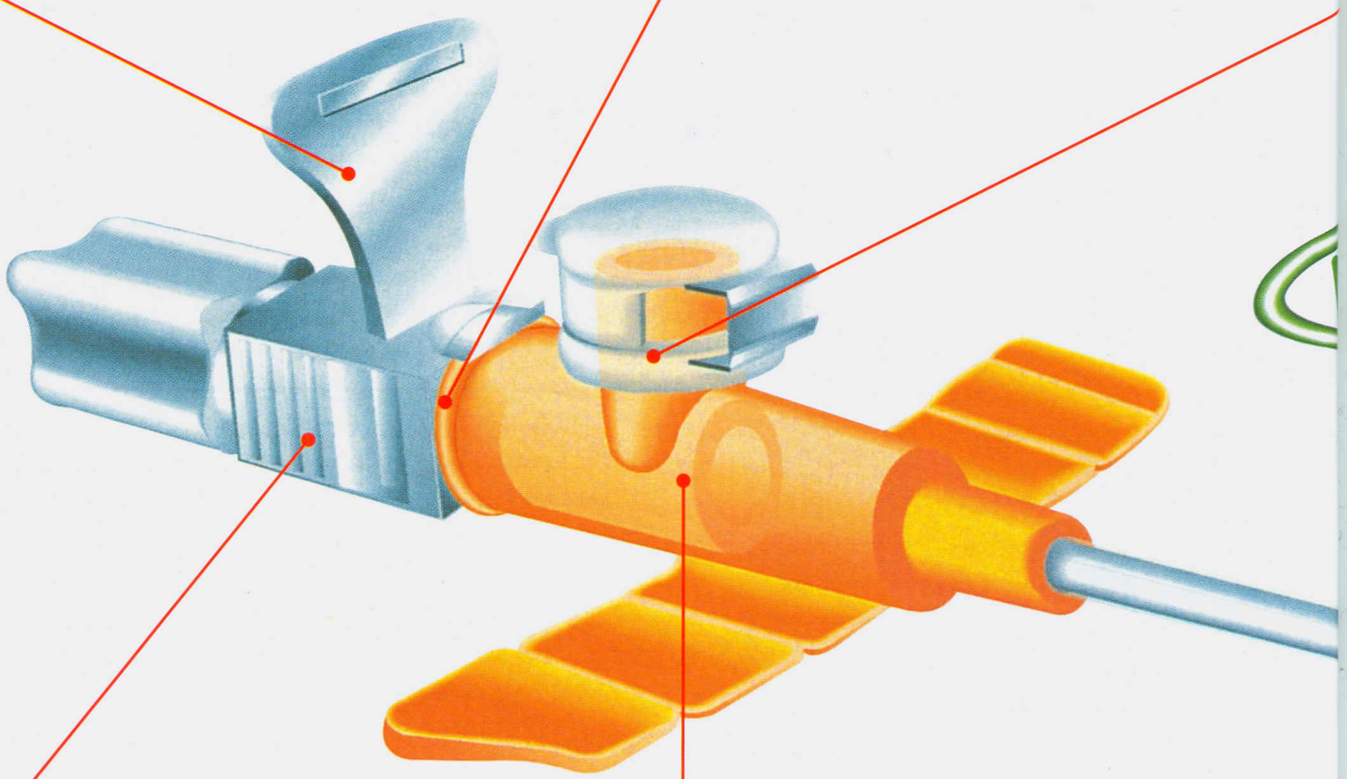
PIC indolor
PROFESSIONAL CARE



Struttura scientificamente studiata per una sicura impugnatura e un corretto bilanciamento.

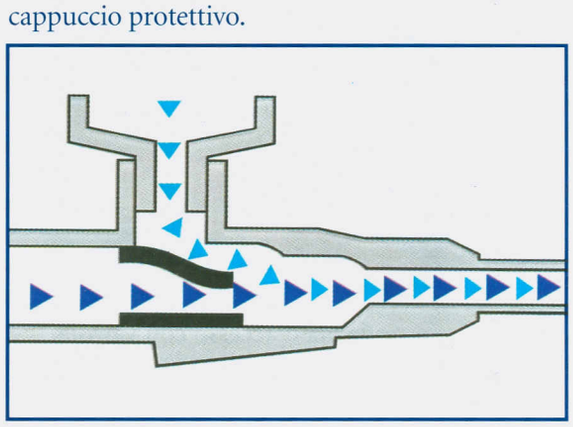


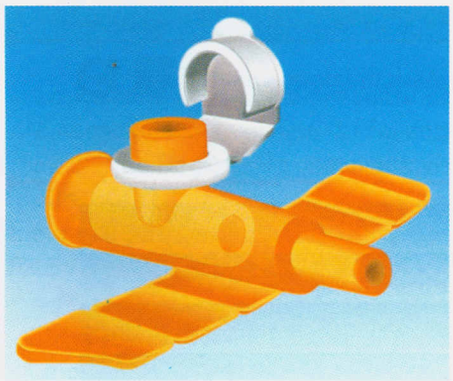
Cono del catetere Luer Lock per un perfetto collegamento con il set infusionale.



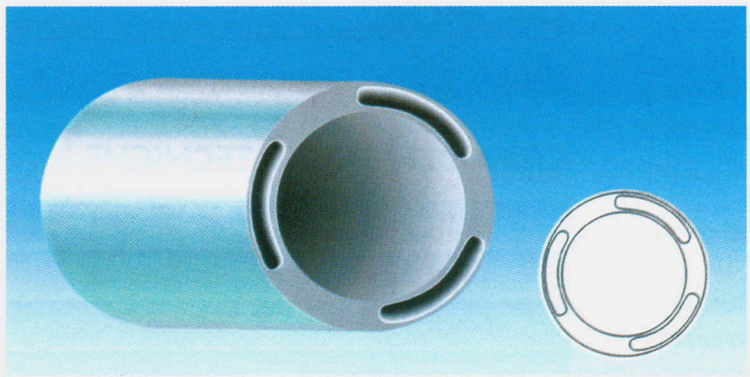
Camera trasparente con filtro idrofobico per una immediata visualizzazione del ritorno venoso.

Seconda via di accesso con valvola antiriflusso e cappuccio protettivo.



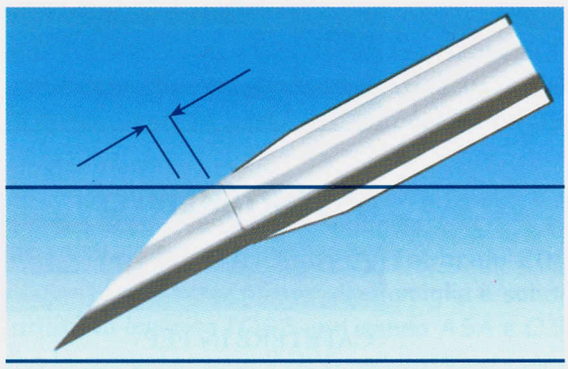


Corpo con alette a piano inclinato.
Cappuccio di chiusura a battuta.

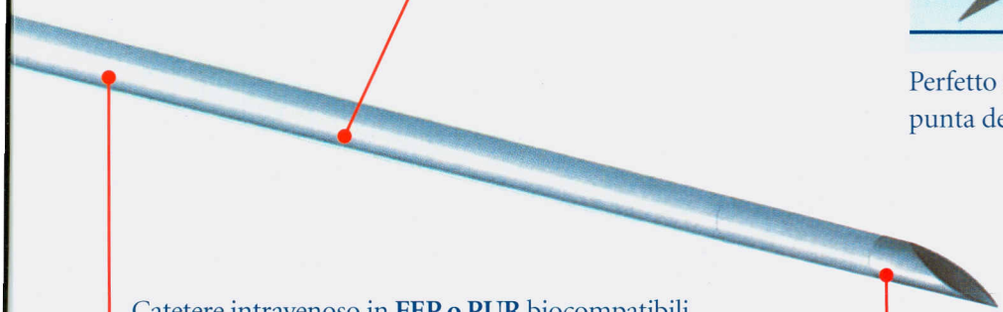


Catetere siliconato a parete sottile
a strisce radiopache.

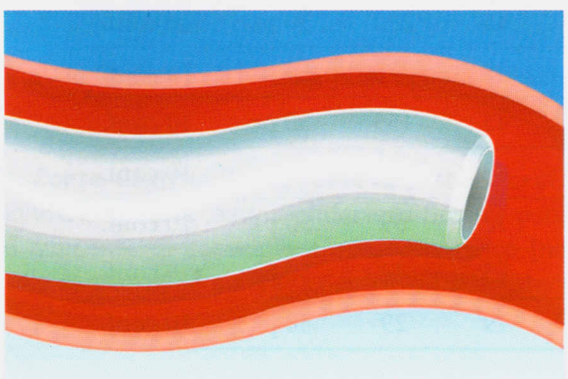
Latex Free



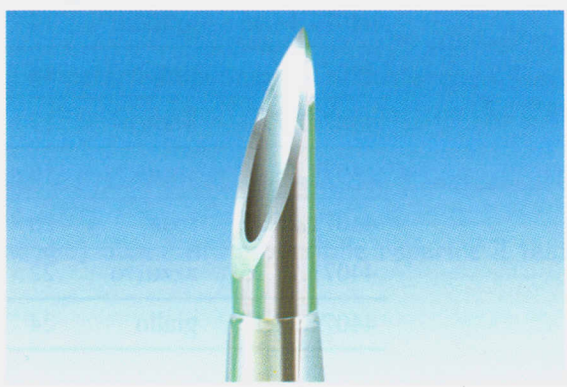
Perfetto allineamento e distanza calibrata tra la punta dell'ago e la conicità del catetere.



Catetere intravenoso in **FEP o PUR** biocompatibili.
Una scelta completa per un accesso atraumatico senza complicazioni atta a garantire comfort per il Paziente e sicurezza per l'Operatore.



Affilatura dell'ago tipo "Back Bevel".
Rastrematura del catetere intravenoso a doppia conicità.



SPECIFICHE

Marchio CE 0373 Classe di appartenenza: II A Sistema di Assicurazione Qualità: CSQ

CARATTERISTICHE TECNICHE

Ago:	Acciaio inox AISI 304
Catetere FEP:	Tetrafluoroetilene-Esafluoropropilene-Copolimero
Catetere PUR:	Poliuretano
Cono Catetere:	Polipropilene atossico ad uso medicale
Valvola:	Gomma siliconica
Tappo valvola:	Polipropilene atossico ad uso medicale
Tappo L.L.:	Polipropilene atossico ad uso medicale
Membrana filtrante:	Copolimero acrilico trattato
Porta filtro:	Polipropilene atossico ad uso medicale
Porta-ago:	Stirene Butadiene
Copri-ago:	Polietilene ad uso medicale
Silicone:	Atossico ed apirogeno ad uso medicale con proprietà chimiche e fisiologiche inerti. Idrorepellente e particolarmente resistente al deterioramento.

ASSORTIMENTO

CODICE	*COLORE*	*GAUGE*	*Ø INT. mm*	*Ø EST. mm*	*AGO mm*	*FLUSSO ml/min.*	*CONF.*	*IMBALLO*
CATETERE IN FEP								
44070.14.45	arancio	14	1.55	2.00	45	290	50 pz	10 conf.
44070.16.45	grigio	16	1.35	1.75	45	225	50 pz	10 conf.
44070.17.45	bianco	17	1.15	1.50	45	155	50 pz	10 conf.
44070.18.45	verde	18	0.95	1.30	45	96	50 pz	10 conf.
44070.20.32	rosa	20	0.75	1.00	32	59	50 pz	10 conf.
44070.22.25	azzurro	22	0.65	0.90	25	42	50 pz	10 conf.
44070.24.19	giallo	24	0.55	0.75	19	29	50 pz	10 conf.
CATETERE IN PUR								
44071.14.45	arancio	14	1.55	2.00	45	290	50 pz	10 conf.
44071.16.45	grigio	16	1.35	1.75	45	225	50 pz	10 conf.
44071.17.45	bianco	17	1.15	1.50	45	155	50 pz	10 conf.
44071.18.45	verde	18	0.95	1.30	45	96	50 pz	10 conf.
44071.20.32	rosa	20	0.75	1.00	32	59	50 pz	10 conf.
44071.22.25	azzurro	22	0.65	0.90	25	42	50 pz	10 conf.
44071.24.19	giallo	24	0.55	0.75	19	29	50 pz	10 conf.

Il testo del decreto ministeriale circolava già, in modo informale, da qualche settimana.
La Regione Lombardia e la Corte dei Conti hanno sottoposto questo decreto alla verifica della Corte Costituzionale ritenendo che, su questa materia, debbano legiferare solo le Regioni e non il Governo-

21 Febbraio 2000

La Regione Lombardia presenta ad un incontro a Milano la figura dell'OSS, i compiti e la formazione prevista: emergono subito alcune differenze con la norma-quadro emanata dai Ministri della Sanità e della Solidarietà. La Regione dà comunque vita a due corsi sperimentali (uno a Milano e uno a Brescia) per formare OSS.

Aprile 2000

Inizia una lunga serie di consultazioni tra la Regione Lombardia e numerose parti sociali tra cui anche i Collegi IPASVI della Lombardia.

Luglio 2000

I Collegi Lombardi producono un documento di lavoro che inviano anche alla Federazione Nazionale. Le osservazioni formulate mirano a "limare" alcune questioni formali e soprattutto a chiarire punti sostanziali tra cui il rapporto tra OSS e somministrazione della terapia, il rapporto gerarchico tra OSS-Medico-infermiere

Novembre 2000

Viene reso pubblico un documento del Collegio di Milano-Lodi in cui si formula una proposta di revisione del profilo dell'OSS

5 Dicembre 2000

La regione approva la delibera n. 2527 con cui crea la figura dell'OSS, ne identifica le funzioni ed il percorso formativo e istituisce 42 corsi sperimentali di formazione (uno solo in provincia di Como)

Gennaio-Febbraio 2001

Intensa serie di incontri del Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI e dei singoli Collegi con le istituzioni locali (soprattutto le Amministrazioni Provinciali) allo scopo di chiarire la posizione degli infermieri sulla delibera n. 2527 e di valutare gli spazi per le rappresentanze istituzionali degli infermieri.

13 Febbraio 2001

Nuovo documento dei Collegi lombardi alla Regione Lombardia per chiedere che vengano modificati alcuni aspetti della delibera soprattutto dove si prospetta implicitamente un'attività autonoma dell'OSS

24 Febbraio 2001

Incontro a Roma tra i rappresentanti dei Collegi lombardi e la presidente nazionale Annalisa Silvestro per fare il punto della situazione e preparare l'incontro con la Regione Lombardia del successivo 27 febbraio.

27 febbraio 2001

I Collegi incontrano il direttore dell'Unità Organizzativa Programmazione dell'assessorato alla Famiglia e solidarietà sociale e consegnano un documento in cui concordano sulla utilità di inserire l'OSS unificando ASA e OTA e procedendo ad una loro graduale riqualificazione, dichiarano che le competenze dell'OSS non possono essere che quelle dell'ASA e dell'OTA insieme, chiedono che l'OSS sia esplicitamente subordinato all'infermiere e non ad altri professionisti, chiedono con forza che la direzione dei corsi, la docenza il tutoraggio siano affidati ad infermieri qualficati.

5 Aprile 2001

La Regione Lombardia diffonde un testo in cui fa il punto della situazione elencando le tre versioni del profilo dell'OSS in circolazione (quella del decreto ministeriale, quella contenuta nella delibera regionale e la proposta dei sindacati).
Le proposte divergono per pochi ma sostanziali aspetti tra cui rimangono la subordinazione gerarchica e funzionale all'infermiere, la possibilità di somministrare autonomamente la terapia (addirittura quella iniettiva i.m. e s.c.) ed alcuni aggettivi o sostantivi non da poco come "professionalizzate" o "assicura..." che prefigurano un'attività assistenziale autonoma rispetto all'infermiere.
Su questo documento i Collegi IPASVI stanno elaborando una posizione comune.

19 Aprile 2001

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 91 appare il testo dell'accordo tra il Ministero della Sanità e la Conferenza Stato-Regioni sul profilo e la formazione dell'OSS.

26 Aprile 2001

La Corte Costituzionale doveva pronunciarsi in questa data sulla legittimità del decreto del Ministero della Sanità e di quello della Solidarietà Sociale pubblicato nel febbraio 2000.
Al momento di consegnare questo articolo (nei primi giorni di maggio) non è stato possibile reperire il testo della sentenza né sulla stampa né sul sito internet della Corte.

INFERMIERE DI FAMIGLIA

I.P. Paolo Tettamanti - consigliere

Pervenuto il ed approvato dal Comitato di Redazione il 15.01.01

Il 5 dicembre scorso ho partecipato alla giornata di studio promossa da una agenzia formativa milanese sul tema dell' "infermiere di famiglia" ossia della prospettiva che anche in Italia si introduca la figura di un professionista infermiere che svolga attività infermieristica di base su tutta la famiglia.
L'idea nasce dalla lettura del documento dell'OMS dedicato alla salute in Europa che individua i compiti dell'infermiere di famiglia e lo inserisce tra gli strumenti per raggiungere entro il 2005 i 21 obbiettivi di salute previsti dall'OMS per la popolazione europea[1].

Secondo il documento dell'OMS la salute per la popolazione europea ruoterà su due perni: la professione medica e quella infermieristica. Per raggiungere entro il 2005 i 21 obbiettivi di salute che l'OMS Europa si è proposto è quindi necessario un nuovo tipo di infermiere: l'infermiere di famiglia .

Tale infermiere [2]
* "aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o ai momenti di stress, trascorrendo buona parte del tempo a lavorare a domicilio dei pazienti"
* "consiglia riguardo agli stili di vita ed ai fattori comportamentali di rischio ed assiste le famiglie in materia di salute"
* "attraverso la diagnosi precoce essi possono garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati al loro insorgere"
* "con la loro conoscenza della salute pubblica, delle tematiche sociali e delle altre agenzie sociali, possono identificare gli effetti dei fattori socioeconomici sulla salute della famiglia ed indirizzare quest'ultima alle strutture più adatte"
* "possono facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agire da tramite tra la famiglia ed il medico di base sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico"
* "l'infermiere di famiglia esercita il proprio ruolo durante tutto il continuum assistenziale, dalla promozione della salute alla prevenzione della malattia, alla riabilitazione e all'assistenza ai malati ed ai morenti"
* "il suo ruolo comprende tutte le persone della comunità, sia che vivano nell'ambito di un nucleo familiare sia che si tratti di persone senza fissa dimora e/o in qualche modo emarginate"
* "l'infermiere di famiglia gioca un ruolo importante nel potenziamento delle comunità e nel lavoro congiunto con queste per incrementarne le risorse ed i potenziali e perché queste riescano a trovare soluzioni proprie ai loro problemi"

In sostanza non c'è molto di diverso dal DM 739/94 se non una notevole insistenza sull'assistere la famiglia (il DM parla di partecipazione all'identificazione dei bisogni di salute e di assistenza dell'individuo e della collettività[3], dizione più ampia ma anche più generica) e l'introduzione di alcuni elementi che sono nel DM 69/97 (assistente sanitario) e nel DM 70/97 (infermiere pediatrico).
Si tratta quindi di un'ottica vicina ai paesi più avanzati dal punto di vista assistenziale dove non esiste una pluralità di figure che si occupano dei singoli (IP, ASV, VI o inf. pediatrico,....) ma una sola figura professionale - l'infermiere - che si occupa globalmente della persona e del suo ambito familiare e sociale ricorrendo, se necessario, a colleghi specialisti o a specialisti appartenenti ad altre professioni..

L'infermiere di famiglia quindi è, in questa visione, un erogatore di assistenza ma anche un decisore, un buon comunicatore, un leader di comunità ed un manager.
L'OMS chiede per questo professionista una formazione teorica acquisita attraverso i normali canali ed una pratica post-diploma svolta sotto la guida di un infermiere di famiglia (o infermiere di comunità come è stato a volte tradotto dall'inglese usando un termine che è però scomparso dalla normativa italiana) che sia esperto e qualificato.

Perplessità sorgono però per quanto riguarda il contesto italiano.
Esiste innanzi tutto un conflitto tra professioni: molte infatti sono le contiguità tra gli infermieri di famiglia che opererebbero sul territorio e le A.S. oltre che, naturalmente, con i medici di medicina generale. I relatori, a questo proposito, hanno prospettato un modello vicino all'esperienza francese: un infermiere autonomo con un proprio ambito di 1500/2000 "mutuati" che lavora autonomamente per quanto concerne l'assistenza ed opera in collaborazione col medico di base o con altri infermieri o medici specialisti a seconda delle necessità.

Nell'ambito pubblico italiano i relatori individuano una forte carenza nei servizi ADI; tale carenza è da loro attribuita in parte all'incapacità di crearsi un ambito autonomo e dall'altra ai pesanti limiti normativi che richiedono il passaggio obbligato dal MMG per tutto ciò che riguarda il paziente.
C'è da considerare naturalmente che ogni singolo servizio ADI merita un giudizio a sé stante ma è innega-

bile che vi siano ampie falle nel sistema e che l'obiettivo di dare ai cittadini un'assistenza a domicilio sia ancora lontanissimo dall'essere raggiunto per molte cause alcune forse attribuibili ai professionisti ma altre senza dubbio a carico delle scelte organizzative e strategiche spesso errate del management delle aziende (prima fra tutte quella di affidare un servizio così delicato a società non professionali che spesso non si sono dimostrate all'altezza del compito).

Maggiori speranze di realizzazione dell'infermiere di famiglia sembra invece darle l'attività autonoma.
Era tra i relatori infatti una collega che da dieci anni ha aperto uno studio associato4 che, nel tempo, ha scelto di occuparsi solo di assistenza domiciliare intesa proprio come assistenza alla famiglia e non solo all'individuo malato. Anche in tale esperienza, ricca di soddisfazioni professionali, restano i limiti normativi di cui si diceva e la necessità di ricavarsi con la forza della competenza gli ambiti di autonomia professionale. Importantissimo è quindi il bagaglio culturale professionale che ciascuno può mettere in campo così come è importante che nessun professionista agisca isolato né dai colleghi (consigliata dalla relatrice l'associazione tra professionisti) né dagli altri operatori pubblici o privati.

In quella sede ho sollevato due perplessità relative ai presupposti italiani alla creazione di un infermiere di famiglia riconosciuto dal SSN: la prima riguarda la formazione, ancora oggi forse inadeguata per un ruolo di questo genere, la seconda è relativa ai presupposti economici visto che - stante l'attuale normativa - non esiste una fonte economica all'interno del SSN che finanzi un tale infermiere limitando quindi questo servizio solo a chi lo può pagare.

I relatori hanno tutto sommato confermato le mie perplessità su entrambi gli aspetti dichiarandosi convinti comunque che per formazione non si deve intendere il solo diploma di base: l'OMS indica un percorso formativo diviso in moduli della durata di 40 settimane sul modello dei corsi di specializzazione di area anglosassone; in Italia oggi potrebbe essere, ad esempio, un modulo specializzante post-laurea5
Per quanto invece concerne il finanziamento, in effetti, gli spazi economici all'interno del SSN vanno ancora individuati.
Questo però non è molto diverso dagli scenari che siamo abituati a conoscere e vivere professionalmente: ruoli nuovi, formazione da riprogettare, sostegno normativo ed economico tutto da conquistare. In una categoria come la nostra, abituata a agguantare piccoli risultati in tempi lunghi, ci sarà certamente chi troverà il coraggio di combattere anche questa battaglia.

Ai singoli quindi si pone oggi il problema di dar vita a questa figura come dipendenti del SSN o come liberi professionisti cominciando già da ora ad agire come infermiere di famiglia nei limiti del consentito (cioè sfruttando completamente e al meglio gli spazi normativi esistenti).

Agli organismi professionali e soprattutto agli organismi professionali istituzionali come i Collegi spetta la decisione di volersi muovere o meno verso scelte che favoriscano la nascita dell'infermiere di famiglia; lavorare cioè perché si creino le condizioni normative, formative, professionali e di mercato per questo nuovo tipo di professionista infermiere.

Molto dipenderà dalla "spinta dal basso" cioè dall'esistenza o meno di un interesse, una volontà della base infermieristica di lavorare per questo6.
Potrebbe essere argomento di un dibattito da cominciare proprio su questa rivista per portarlo poi, se si vorrà, su altri tavoli professionali o istituzionali.

ooooooooo

1 Il documento WHO Europe - Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region - Il testo completo può essere letto e scaricato dal sito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - Ufficio per l'Europa www.who.dk/cpa/h21/h21.htm
2 Traduzione dei relatori dal documento OMS Europe Health21
3 DM 739/94 art 1lettera a e lettera b
4 La collega è l'IP Paoletti Silvana dello "Studio Infermieri Professionali Paoletti e Vincenti" di Orbassano (To)
5 Il testo completo in italiano del percorso formativo è disponibile in file sul floppy disk di cui si parla nella nota qui sotto
6 Per coloro che sono interessati il testo del documento OMS è sul sito indicato nella nota 1 e, per chi non dispone di connessione a Internet, è disponibile in formato .PDF su dischetto in Collegio (basta presentarsi con un floppy disk vuoto). Il testo è in inglese; su floppy disk è però disponibile la traduzione dei 21 obiettivi e del percorso formativo previsto dall'OMS.
Il testo della dispensa del corso "Il ruolo dell'Infermiere di Famiglia e la sua integrazione nel Sistema Sanitario Nazionale" è disponibile presso la biblioteca del Collegio secondo le consuete modalità di consultazione e prestito.

L'INFLUENZA DELLA CUTURA SULLA MANIFESTAZIONE DEI BISOGNI SI ASSITENZA INFERMIERISTICA IN T.I.N.. RIFLESSIONI SULLA RISPOSTA INFERMIERISTICA.

IP. G.Colombo IP G.Gatto U.O. Terapia Intensiva Neonatale -
Azienda Ospedaliera Ospedale S.Anna Como.

Pervenuto il 15.11.00 / Approvato dal Comitato di Redazione il 15.01.01

La presenza sempre maggiore nella nostra Unità Operativa di neonati appartenenti a famiglie provenienti da realtà culturali diverse dalla nostra ci ha spinti ad approfondire questo argomento.

Il nucleo attorno a cui ruota l'intera tematica è rappresentato, come afferma E. Manzoni , dal rapporto tra "Assistenza infermieristica e l'altro" in quanto " la vera realtà di confronto dell'assistenza infermieristica è il suo campo materiale: l'uomo".1 L'infermiere, in generale, e nello specifico, colui che opera in t.i.n., è, come definisce il Codice Deontologico, " un operatore responsabile dell'assistenza infermieristica" (1.1) che " agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo" (2.4) 2 l'infermiere è tenuto, quindi, ad erogare assistenza personalizzata laddove "la personalizzazione dell'assistenza infermieristica non è un particolare intervento ma la realizzazione dell' assistenza infermieristica stessa" (p. 294)3. L'infermiere deve tenere conto delle caratteristiche individuali di ciascun essere umano e, come sancisce il Modello delle prestazioni infermieristiche di M.Cantarelli a cui ci atteniamo , considerarlo come unico e irripetibile per cui le prestazioni erogate dall'infermiere avranno caratteristiche di unicità e quindi non potranno essere standardizzate: l'infermiere deve prendere in considerazione le componenti bio-fisiologiche , psicologiche e socio - culturale di ciascun bisogno di assistenza infermieristica manifestato dal paziente e, anche dai suoi genitori.

La cultura ha quindi un'influenza notevole nel rapporto infermiere - paziente; assume perciò importanza considerevole stabilirne il significato. " La cultura di una società comprende forme di ordinamento quali la costituzione, le istituzioni, gli usi e i costumi, le forme linguistiche e simboliche dell'interpretazione degli uomini della tradizione orale fino agli ordinamenti giuridici scritti e alle arti liberali".4 Manara citando Perotti afferma che "quando parliamo di identità culturale di una persona noi intendiamo la sua identità globale che è una costellazione di più identificazioni particolari ed altrettante istanze culturali distinte".5 Secondo Manara la cultura è una caratteristica intrinseca alla natura umana, fatta dall'uomo e per l'uomo verso il quale assolve una triplice funzione di adattamento all'ambiente, di socialità e di formazione della singola identità personale. La cultura svolge inoltre una funzione sociale essenziale creando un universo simbolico e mentale fatto di azione, di maniere di pensare e di agire, di credenze.6

Il contesto culturale del mondo occidentale entro cui viviamo, dunque entro cui l'infermiere si trova ad operare cioè "la condizione del sapere nelle società più sviluppate", risente delle " trasformazioni subite dalle regole dei giochi, delle scienze, della letteratura e delle arti a partire dalla fine del XIX secolo"7. Infatti negli ultimi decenni (alla fine degli anni cinquanta) è avvenuto, nelle società più sviluppate, un cambiamento della condizione del sapere che è caratterizzato dalla crisi delle narrazioni e dal sopravvento di un sapere di tipo tecnico-scientifico.

Queste trasformazioni hanno condizionato anche l'identità culturale degli infermieri di oggi che si trovano a confrontarsi sempre più frequentemente con culture molto dissimili. La cultura, mentre da una parte determina le modalità di manifestazione dei bisogni di assistenza infermieristica, dall'altra è parte integrante della risposta infermieristica come vedremo successivamente. L'infermiere in prima istanza deve saper individuare le modalità di manifestazione dei bisogni di assistenza infermieristica del neonato ma anche della coppia genitoriale attraverso l'osservazione e un'attenta capacità di ascolto e comunicazione verbale e non verbale che si traducono nell'attuazione di una raccolta - dati volta ad indagare soprattutto la dimensione socio-culturale dei bisogni di assistenza infermieristica. Nell'attuazione della raccolta dati ci siamo riferiti, oltre agli usuali strumenti informativi in uso, ad un questionario-intervista da noi formulato con domande e risposta preordinata ed alcune a risposta aperta; intendiamo affermare che il questionario non può rivestire una particolare valenza scientifica non avendone le prerogative necessarie (intervistatore esterno all'u.o. - caratteristica delle domande - casistica sufficiente), ma semplicemente essere un valido aiuto per poter ottenere notizie riguardanti le diverse culture. Gli elementi più significativi che sono emersi sono:

* Permanenza in Italia dei padri da più lungo tempo rispetto alle madri che sono perciò svantaggiate soprattutto per le difficoltà che incontrano con la lingua italiana.
* Conseguentemente al precedente punto, necessità di avere a disposizione un interprete; non è stata valutata come prioritaria la presenza di un mediatore culturale.

* Medicalizzazione del parto anche nei paesi di origine: è emersa una certa omogeneità della provenienza delle coppie che è a prevalenza urbana.
* Non esigenza di rispettare particolari tradizioni per il neonato: i riti sia a valenza religiosa che sociale, che normalmente sono compiuti nei primi mesi di vita , è risultato preferibile che vengano effettuati dopo il ritorno a casa e non all'interno della struttura ospedaliera. E' invece importante per le coppie di cultura islamica poter leggere il Corano ai loro neonati durante la degenza in t.i.n. Per quanto riguarda il rispetto di regole di igiene di vita e alimentazione per la neo-mamma presenti soprattutto nella cultura islamica e cinese, è emerso il rispetto di un periodo di riposo di circa un mese dopo il parto e l'assunzione di cibi particolari preparati dalla famiglia e l'astensione dall'assunzione di altri.
* Forte motivazione all'allattamento al seno: è presente in tutte le culture ma pare più evidente nelle mamme provenienti dai paesi dell'Africa dove è visto come prioritario. Citiamo a tal proposito alcune espressioni eloquenti: " E' importante perché il bambino cresce meglio, perché riconosce la mamma e avrà lo stesso carattere della mamma". E ancora : " Perché tante donne allattano al seno, perché è quello originale più forte, da più forza al bambino". Anche le mamme di cultura islamica ribadiscono l'importanza dell'allattamento attraverso queste affermazioni: " E' una cosa tanto cara, vale di più. Da noi, se una donna non ha latte, piange". E ancora:" Il latte materno è meglio per la vicinanza col bambino".
* Necessità di particolare riservatezza durante l'allattamento al seno e la mastosuzione soprattutto da parte delle mamme di cultura islamica. A questo proposito citiamo il caso di una mamma che siamo riuscite a far in modo che si trattenesse in reparto, vicino al suo neonato, solo dopo aver dimostrato al marito che la signora era protetta alla vista di altri padri e dei medici dal posizionamento di paraventi non avendo a disposizione una camera che potesse ospitare solo il suo bimbo.
* Esigenza di star vicino al neonato e immediatezza nel soddisfare il più possibile i suoi bisogni: è in particolare tipico delle mamme di provenienza dei paesi dell'Africa anche se di età molto giovane che dimostrano di volersi occupare prima possibile del loro neonato evidenziando spiccata abilità nell'accudirli.
* Conoscenza e accettazione della figura dell'infermiera e del suo ruolo. E' l'infermiere, una figura professionale già nota e non sembra creare, in generale, particolari conflitti, anzi è vista come un aiuto e non come elemento di disturbo nel rapporto madre-padre-neonato.

A conclusione di quanto sovra esposto , occorre soffermarsi ad esporre alcune riflessioni sulla risposta che l'infermiere deve attuare nei confronti di coppie genitoriali di neonati provenienti da culture differenti dalla nostra. Oltre a considerare quanto dichiarato nella prima parte della relazione, non possiamo esimerci dal tenere presente alcuni enunciati irrinunciabili di carattere normativo ed etico. In prima istanza l'**articolo n. 32 della Costituzione italiana** che dichiara: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".[8] Un riferimento normativo specifico relativo all'ambito pediatrico è costituito dalla **legge della Regione Lombardi 8/5/1987 n. 16 " La tutela della partoriente e la tutela del bambino in ospedale"** che all'art. n. 6 garantisce la presenza dei genitori in terapia intensiva neonatale. Inoltre alla luce dei cambiamenti avvenuti nello scenario della professione infermieristica, siamo tenuti ad attenerci al riferimento normativo vigente costituito dal D.M. 739/94 noto come **profilo Professionale dell'Infermiere** che, come cita Mangiacavalli, " Con la legge 42/99 può occupare il palcoscenico dell'esercizio professionale da protagonista: il comma n. 1 dell'art. 1 dopo aver definito chi è l'infermiere, gli affida **responsabilità totale per quanto riguarda l'assistenza generale infermieristica"**[9] e ancora che " questo significa assumere la responsabilità dell'intero processo assistenziale, dalla raccolta dei dati all'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, alla pianificazione gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico e, quindi, di tutto il processo messo in atto dall'infermiere in risposta ad un bisogno specifico"9 . Secondo Rodriguez, sempre citato da Mangiacavalli, l'assunzione di responsabilità significa " capacità di rispondere ai bisogni dell'assistito mantenendo un comportamento congruo e corretto " attenendosi al " rispetto dei presupposti scientifici delle attività e delle funzioni proprie; rispetto di valori etici condivisi ed indicazioni che derivano dalla coscienza personale; rispetto di norme di riferimento (penali, civili, amministrativo - disciplinari, etiche)"[10].
Per quanto concerne i riferimenti etici, oltre al già citato **Codice Deontologico dell'infermiere, ci riferiamo alla dichiarazione ufficiale elaborata dal Consiglio Internazionale delle Infermiere sul ruolo dell'infermiere nella salvaguardia dei diritti dell'uomo**: ogni uomo ha diritto all'assistenza sanitaria. Ognuno deve poter accedere ai servizi sanitari, indipendentemente da qualsiasi considerazione di carattere economico, politico, geografico, razziale o religioso. L'infermiere deve adoperarsi perché sia adoperata l'imparzialità del trattamento"[11].
I principi che rappresentano il riferimento normativo ed etico -

deontologico della nostra professione ci indicano la strada da percorrere al fine di attuare una risposta che abbia i caratteri di personalizzazione perchè considera l'unicità dell'uomo anche in quanto appartenente ad identità culturali differenti dalla nostra. Tornando al rapporto interculturale tra infermiere della t.i.n. e famiglia del neonato Manara citando Mantovani afferma :" Non siamo identici, cloni culturali; ciascuno ha una sua fisionomia, una sua eredità, un suo percorso da compiere. La cultura è la rete che permette alle differenze di esistere e di comunicare tra loro, di capirsi non "nonostante le" ma "grazie alle differenze".12

L'infermiere nel confrontarsi con identità culturali diverse dalla propria non deve rinunciarvi; non deve avere un atteggiamento di totale negazione dell'identità culturale dell'assistito, nel nostro caso dei genitori dei neonati e d'altro canto non deve accettare totalmente la differente identità culturale anche quando questa implica l'accettazione di pratiche risultanti lesive per i pazienti e quindi dequalificanti per l'infermiere. L'atteggiamento corretto, secondo noi, deve volgere a cercare insieme all'altro soluzioni assistenziali adeguate. Secondo Lusignani " il modello di relazione infermiere - persona assistita non può più essere quello in cui ad un solo soggetto, l'infermiere, è riservato il ruolo di centro di valutazione e di decisione degli interventi da porre in atto nella gestione dell'assistenza , mentre all'altro soggetto, la persona assistita, compete solo il ruolo di destinatario - o forse sarebbe meglio dire di oggetto passivo - di decisioni e di interventi, rispetto ai quali non è , per lo più, richiesta una sua partecipazione consapevole".13 Inoltre cita che " buona assistenza infermieristica, hanno sostenuto alcuni autori, è quella che, oltre alla valutazione della appropriatezza clinica delle proprie azioni, rende possibile che la persona partecipi alle decisioni che si ripercuotono sul suo benessere".13

Per continuare secondo Manzoni " L'assistenza infermieristica ha una grossa componente culturale, o meglio, è fatto di un evento culturale, dobbiamo anche considerare che la congruenza culturale delle azioni di assistenza infermieristica è elemento fondante del percorso che conduce verso risultati positivi di salute. Non avrà successo alcuna proposta di assistenza infermieristica che provoca conflitto culturale".14 "Non si raggiungono risultati di intervento professionale e disciplinare senza operare non solo per l'uomo ma, soprattutto con l'uomo".15

Questo concetto è ribadito chiaramente nel Codice Deontologico che al punto 4.2 afferma: "L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte". 16

Concludiamo con una frase all'apparenza provocatoria ma che racchiude il significato dell'agire quotidiano.

"Il concetto di professione infermieristica si basa, sostanzialmente, sul possesso di competenza tecnica esclusiva e sull'esistenza di un ideale di servizio che costringe a far primeggiare, per il professionista, gli interessi del proprio assistito ai propri"17.

%%%%%

BIBLIOGRAFIA

1. E.Manzoni. Storia della filosofia dell'assistenza infermieristica. Masson 1997
2. Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I. Codice Deontologico. Maggio 1999
3. P.Koslowski. La cultura postmoderna. Vita e pensiero 1991
4. D.F. Manara . Infermieristica interculturale. In Nicola Pasini, ed., Immigrazione salute: le questioni emergenti, Fondazione CARIPLO, Istituto studi multiculturalità, in corso di stampa nei quaderni I.S.M.U.
5. J.F. Lyotard. La condizione postmoderna. Feltrinelli 1999
6. Costituzione della repubblica italiana. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato
7. Legge Regione Lombardia 8/5/1987 n° 16: La tutela della partoriente e la tutela del bambino in ospedale. Bo..Reg.Lombardia.
8. M.Lusignani, B.Mangiacavalli, M.Casati. Infermieristica generale e organizzazione della professione

>>>><<<<<

1 E. Manzoni : Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica (p.280) . Masson 1997

2 Federazione Nazionale Collegio IPASVI Codice Deontologico. Maggio 1999

3 E. Manzoni : Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica (p.294) Masson 1997

4 P.Koslowski: La cultura postmoderna (P.18). Vita e pensiero.

5 D.F. Manara : Infermieristica interculturale (p.14) in corso di stampa

6 D.F. Manara: Infermieristica interculturale (p.14) in corso di stampa

7 J.F.Lyotard: La condizione postmoderna (p.5). Feltrinelli 1999

8 Costituzione della Repubblica Italiana (p.6).Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato

9 B.Mangiacavalli: Infermieristica generale e organizzazione della professione (119) Masson 2000

10 B.Mangiacavalli : Infermieristica generale e organizzazione della professione (123) Masson 2000

11 M.Lusignani: Infermieristica generale e organizzazione della professione (35) Masson 2000

12 D.F. Infermieristica interculturale (p.15). In corso di stampa nei quaderni I.S.M.U.

13 M. Lusignani : Infermieristica generale e organizzazione della professione (34) Masson 2000

14 E.Manzoni: Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica (p.293) Masson 1997

15 E.Manzoni: Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica (p.282) Masson 1997

16 Federazione Nazionale Collegi

I.P.A.S.V.I. Codice Deontologico Maggio 1999
17 E:Manzoni: Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica (p.281) Masson 1997

QUESTIONARIO

PRIMA PARTE

1. Qual'è il paese da cui provenite?
.....
2 .Professate qualche religione?
* Si
* No
Se si, quale?
.....
3. Da quanto tempo vi trovate in Italia?
* Mesi
* Anni
4. Quale lavoro svolgete?
.....
5. Avete vicino a voi parenti o amici?
* Si
* No
6. Quale formazione scolastica avete conseguito?
* Scuola elementare
* Scuola media inferiore
* Scuola media superiore
* Laurea
* Altro.....
7. Siete in grado di capire o parlare la lingua italiana?
* La capisco
* La parlo
* La scrivo

SECONDA PARTE

1. Nel vostro paese d'origine, il parto avviene:
* In casa
* In ospedale
2. Durante il parto sono presenti anche i familiari?
* Si
* No
3. Avete delle abitudini e/o tradizioni a cui attenersi dopo il parto?
* Si
* No
Se si quali.....
4. La nascita di un figlio rappresenta.....
5. Come viene calcolato , nel vostro paese, il periodo della gravidanza?
.....
6. Un neonato che nasce prima del periodo calcolato, secondo voi è.....
7. A chi è affidata, nel vostro paese, la cura del neonato:
* Alla mamma
* Ad entrambi i genitori
* Ad altre persone
8. E' importante, secondo voi, l'allattamento al seno?
* Si
* No
Perché?.....
9. Quanto dura normalmente l'allattamento al seno?
.....
10. E' utile il contatto fisico con il neonato?
* Si
* No

TERZA PARTE

1. La figura dell'infermiere è presente nel vostro paese?
* Si
* No
2. Accettate l'aiuto dell'infermiere nella cura del vostro neonato (ad es. nell' allattamento, nell'igiene, nella gestione del neonato) ?
* Si
* No
3. Avete delle tradizioni che vorreste fossero rispettate?
* Si
* No
Quali.....
Perché.....
4. Quali sono le principali difficoltà che incontrate con gli infermieri?
.....
8. Gradireste la presenza in reparto, di un mediatore culturale?
* Si
* No
9. Gradireste la presenza in reparto, di un interprete?
* Si
* No

SPAZIO SEGRETERIA

ADESIVO AUTOVETTURA: presso la segreteria del Collegio è possibile richiederlo consegnando fotocopia della patente di guida e del libretto di circolazione (che deve essere intestato al richiedente).

Orari di segreteria:
DA LUNEDI' A VENERDI' 9.00 / 12.00 - 14.00 / 17.00

SPAZIO BACHECA

SAGO - Società di ricerca per l'organizzazione sanitaria

Corso di Formazione " Fondamenti concettuali e strumenti operativi per l'informatizzazione del servizio infermieristico: dalla Cartella infermieristica informatizzata al Sistema informativo direzionale"
Info: Dr.ssa Manuela Tommasi - Tel. 055.323911 Fax 055.3239150
E-mail: m.tommasi@sago.fi.it

ISTITUTO GIANO

"Corso di bioetica nella professione infermieristica"
6° Seminario - **Roma 14-15 settembre 2001**
7° Seminario - **Roma 19-20 ottobre 2001**
Info: Tel. e Fax 06.70450050 E-mail. gianorom@tin.it

API - Associazione Podologia Italiana

" Carbossiterapia e wound care: applicazioni cliniche su ulcere ischemiche agli arti inferiori" - **Napoli 22-23 settembre 2001**
" Il piede in flebologia e supporto iperbarico: ossigeno-ozono terapia"
Napoli 17-18 novembre 2001
Info: Api Tel. 0368.3980059 AISLeC Tel. 0382.422133 Fax 0382.523203

GRUPPO DI RICERCA GERIATRICA

XII Corso naz. per Infermieri "La RSA nelal rete dei servizi per l'anziano fragile" - **Folgaria 27-30 settembre 2001**
Info: GRG Tel. 030.3771997 Fax 030.48508 E-mail: segreteria@grg-bs.it

AIUrO - Associazione Infermieri di Urologia Ospedaliera

6° Congresso Nazionale e Corso di Aggiornamento " Evoluzione tecnico assistenziale in ambito endourologico" - **Riccione 26 - 29 settembre 2001**
Info: Tel. 0523.335732 Fax 0523.334997 E-mail: info@euroconventions.it

CORSI CEREF

13-14 settembre - Metodi utilizzabili nella assistenza inf.ca per il controllo del dolore acuto e cronico
18-19 settembre - Valutazione degli outcomes dell'assistenza infermieristica
25-26 settembre - Valutare l'impatto della formazione permanente
26-27-28 settembre - I profili di assistenza dall'evidenza al miglioramento continuo dei processi assistenziali
27-28 settembre - Progettare modelli di cambiamento dell'assistenza nelle unità operative di ospedale
2-3 ottobre - La relazione terapeutica e di aiuto
3 ottobre - Nuove tecniche per il trattamento infermieristico dell'incontinenza
9-10 ottobre- Carte di controllo della qualità sanitaria
9-10 ottobre - Lesioni da decubito: rischio, stadiazione e intervento

MANAGEMENT SANITARIO - Corsi master 2001/2002

ottobre 2001 - marzo 2002 " Pedagogia sanitaria e management della formazione di base"
Info: Tel. 049.8804827 www.ceref