AIOSS
Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia

Elena Colaiocco
Valentina Durizzotto
Nicola Fazzari
Sara Morandini
Gabriele Rastelli
Gabriele Santini
Carla Saracco
Giovanni Steduto

Dasa-Rägister
SINCERT
Certificazione
EN ISO 9001:2008
IQ-0905-12
per formazione ed aggiornamento

L'INFERMIERE ESPERTO IN STOMATERAPIA, COLOPROCTOLOGIA E RIABILITAZIONE DELLE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO: STORIA, FORMAZIONE E JOB DESCRIPTION

Profilo Stomaterapista Altro 08/09/2011 20.04 Pagina I

L'INFERMIERE ESPERTO IN STOMATERAPIA, COLOPROCTOLOGIA E RIABILITAZIONE DELLE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO: STORIA, FORMAZIONE E JOB DESCRIPTION

ELENA COLAIOCCO, Pescara
VALENTINA DURIZZOTTO, Asti
NICOLA FAZZARI, Locri (RC)
SARA MORANDINI, Trento
GABRIELE RASTELLI, Teramo
GABRIELE SANTINI, La Spezia
CARLA SARACCO, Asti
GIOVANNI STEDUTO, San Giovanni Rotondo (FG)

Dasa-Rägister
SINCERT
Certificazione
EN ISO 9001:2008
IQ-0905-12
per formazione ed aggiornamento

AIOSS

ASSOCIAZIONE ITALIANA OPERATORI SANITARI DI STOMATERAPIA

Profilo Stomaterapista Altro 08/09/2011 20.04 Pagina II

Stampato da Paper's World - Bellante (TE)
Tutti i diritti riservati (C)2011

Profilo Stomaterapista Altro 08/09/2011 20.04 Pagina III

RINGRAZIAMENTI

La stesura di quest'opera ha richiesto molto tempo ed un enorme dispendio di energie e risorse che solo chi esercita quotidianamente la nostra professione è in grado di valutare ed afferrarne il valore.
Gli Autori, tutti, desiderano ringraziare innanzitutto loro stessi, l'un l'altro, poichè a dispetto di distanze, turni, impegni familiari e professionali, hanno saputo essere una squadra che si è adattata di volta in volta alle esigenze comuni ed alle problematiche che, inevitabilmente, si incontravano. In un clima sereno, disteso, di competenza e di profonda umiltà, ciascun Autore ha potuto essere di sprone e di aiuto a tutti gli altri.

Alle spalle di questo grande gruppo, hanno agito con notevole efficacia molte altre figure, per nulla marginali, ed a cui vanno i nostri più sinceri e sentiti ringraziamenti.
Farne i nomi renderebbe questo capitolo il più lungo di tutto il libro stesso e ci esporrebbe al rischio di dimenticare immeritatamente qualcuno o di creare classifiche prive di senso.

Nel corso del nostro lavoro ci hanno sostenuto, incoraggiato, insegnato, criticato e soprattutto fatto dono del loro esempio e della loro sconfinata esperienza i Presidenti AIOSS, passati e presenti, tutti i componenti dei Direttivi AIOSS che si sono succeduti in questi trent'anni associativi, tutti i colleghi Infermieri e Stomaterapisti che, silenziosamente, ci sono stati a fianco con il loro lavoro, umile come pochi altri, e poi i nostri familiari, che hanno capito l'importanza del nostro impegno, le Aziende e le Istituzioni con le quali siamo chiamati a confrontarci e a collaborare ogni giorno, ed infine loro, i Pazienti, tutti, uno per uno, una moltitudine di sofferenza ma anche di gioia, una fonte di energia emotiva che va ben oltre l'immaginabile. Essi sono, da sempre, la nostra ragione di esistere ed agire. Ed è a loro che questo lavoro è quindi dedicato: ogni piccolo passo, ogni progresso, ogni nostro atto, è per loro. Grazie.

Gli Autori

Profilo Stomaterapista Altro 08/09/2011 20.04 Pagina IV

Profilo Stomaterapista Altro 08/09/2011 20.04 Pagina V

PREFAZIONE

Non posso nascondere orgoglio e soddisfazione nel leggere queste pagine dedicate al protagonista della nostra professione: l'Infermiere Esperto in Stomaterapia, Colonproctologia e Riabilitazione delle Disfunzioni del Pavimento Pelvico.
Per noi potrebbe sembrare un argomento talmente scontato da risultare privo di interesse, eppure questo pregevole lavoro ne sviscera i caratteri e le competenze, ne mette in luce la forza e le potenzialità, lo inserisce in un contesto dapprima storico, quindi sociale, legislativo ed, infine, tecnico-specialistico.
La "job description" è un risultato costituito da un'enorme somma di variabili, frutto di studi, esperienza, ricerca, dibattiti sociali e politici, analisi degli aspetti professionali ed umani, che rende il ruolo dello stomaterapista assolutamente preminente nella complessa catena di processi e procedure rivolte all'aiuto di un paziente spesso difficile, dalle problematiche intricate e la costante incombenza di complicanze, recidive o implicazioni psicologiche tali da minarne talora irrimediabilmente la qualità di vita.

In qualità di Presidente AIOSS mi sento di dover meritatamente levare un plauso ad un'opera che, dopo un'acuta analisi, riesce a realizzare una costruttiva sintesi di un profilo professionale moderno, in linea, se non addirittura un passo avanti, agli standard europei e mondiali in fatto di competenza e di modello organizzativo specifico. Ciò si realizza, lo sottolineo con piacere, mediante l'applicazione quotidiana di quei dettami scaturiti da trent'anni di continua evoluzione, sia in campo formativo che assistenziale, tecnologico e legislativo, che hanno visto l'AIOSS in perenne tensione creativa, in un ruolo di supporto attivo e propositivo, in costante confronto collaborativo con le disparate forze in campo che partecipano, ognuna con ruoli e modi ben definiti, alla realizzazione di un universo efficiente e ben organizzato, incentrato attorno alla figura del paziente.
Mi riferisco agli organismi Istituzionali sia pubblici che privati, alle Aziende del settore, alle Associazioni di professionisti ed a quelle di pazienti, ai singoli professionisti (medici, infermieri, fisioterapisti riabilitatori, dietologi e nutrizionisti, psico-sessuologi, formatori, e via discorrendo) che costantemente ci affiancano e coadiuvano il nostro percorso professionale sotto ogni punto di vista. Ad ognuno di essi va direttamente il mio ringraziamento, ma anche un incoraggiamento a proseguire un cammino intrapreso tre decenni or sono e che ha portato ad una impressionante mole di risultati in ogni aspetto della nostra professione.

Gli Autori hanno costituito un gruppo eterogeneo per caratteristiche geografiche ed anagrafiche, ma assolutamente unito, omogeneo e compatto per quanto riguarda la competenza, l'uniformità di vedute, la determinazione nel realizzare un'opera il più esauriente possibile: l'esperienza di ciascuno è stata il carburante di un poderoso motore che non ha perso colpi in questi mesi e che dimostra, in ogni capitolo, tutta la sua forza descrittiva, analitica e sin-

Profilo Stomaterapista Altro 08/09/2011 20.04 Pagina VI

tetica per tracciare in maniera chiara ma esaustiva il profilo di un Infermiere veramente Esperto e di tutto ciò che lo costituisce. Notevole l'inquadramento legislativo, così come quello storico-sociale: nello scorrere queste righe appare evidente il costante bisogno di creare un professionista davvero competente sotto ogni profilo, affidabile ed efficiente, flessibile ed attento nel misurarsi con le numerose possibili problematiche contingenti.

C'era davvero bisogno di un professionista così? Era giustificato destinare tante risorse umane e materiali alla formazione, all'accreditamento, al rafforzamento d'immagine e quindi di assertività di un professionista simile?
La risposta non può che essere affermativa, alla luce di quanto esposto in questi capitoli, persino ad un lettore estraneo a questo nostro piccolo grande mondo professionale.
La formazione è essenziale e costituisce il germe di generazioni di operatori sempre più al passo con il progresso e le mutevoli condizioni sociali, politiche ed organizzative: la scuola AIOSS, così ben descritta, raggiunge l'obiettivo di rendere l'Infermiere veramente Esperto in queste specifiche tematiche e ne permette l'autorevole inserimento in una realtà lavorativa in continua evoluzione. L'AIOSS assiste non solo l'associato in questo percorso, ma sa offrire competenza ed esperienza, coagulandole in una serie di iniziative, di progetti, di realizzazioni volte alla tutela ed a sostegno degli Infermieri Esperti sia passati che futuri, cercando ed ottenendo un costante miglioramento qualitativo, attestato in questi ultimi anni anche dalla prestigiosa Certificazione ISO.

Il merito degli Autori tutti consiste nell'aver voluto analizzare e divulgare il profilo dell'Infermiere Esperto in Stomaterapia, Colonproctologia e Riabilitazione delle Disfunzioni del Pavimento Pelvico, ed esserci riusciti in maniera magistrale, rispettando appieno la solida teoria della moderna formazione ricevuta, in modo tale da costituire un ottimo punto di riferimento per chi si affaccia ora alla professione ed un fondamentale strumento di consultazione per chi da anni, con passione e dedizione, cammina con noi e con i pazienti in un comune percorso, difficile ma stimolante.

Gabriele Rastelli
Presidente AIOSS
Associazione Italiana Operatori Sanitari di Stomaterapia, Colonproctologia e Riabilitazione del Pavimento Pelvico

Profilo Stomaterapista Altro 08/09/2011 20.04 Pagina VII

INDICE

		pag.
RINGRAZIAMENTI		III
PREFAZIONE		V
INDICE		VII
INTRODUZIONE		1
PARTE I		3
1.	DEFINIZIONE DI PROFESSIONE	3
1.1.	LA PREPARAZIONE PROFESSIONALE	5
1.2.	PROFESSIONE INFERMIERE	6
1.2.1.	L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA	8
1.3.	L'EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA	10
1.3.1.	NURSING E FORMAZIONE	12
1.3.2.	LA NORMATIVA	15
2.	LA FORMAZIONE	31
2.1.	FORMAZIONE COMPLEMENTARE: LA SCUOLA AIOSS	31
2.2.	REGOLAMENTO DI FUNZIONAMENTO DEL CORSO DI MASTER UNIVERSITARIO DI I LIVELLO PER STOMATERAPISTI E RIABILITATORI DI INCONTINENTI	35
3.	LE ASSOCIAZIONI IN ITALIA E NEL MONDO	37
4.	INFERMIERE STOMATERAPISTA: UN PO' DI STORIA	43
PARTE II		49
5.	JOB DESCRIPTION	49
5.1.	AMBITO CLINICO	49
5.2.	AMBITO EDUCATIVO E DI COUNSELING	53
5.3.	AMBITO DI CONSULENZA E FORMAZIONE	58
5.4.	AMBITO ORGANIZZATIVO	62
6.	INFERMIERE, STOMATERAPISTA, OSTETRICA E FISIOTERAPISTA: PROFESSIONI A CONFRONTO	67
PARTE III		69
7.	INFERMIERE STOMATERAPISTA OGGI: L'AUTONOMIA PROFESSIONALE	69
8.	CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI FINALI	75
BIBLIOGRAFIA		77

Profilo Stomaterapista Altro 08/09/2011 20.04 Pagina VIII

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 1

INTRODUZIONE

"L'assistenza è un'arte; e se deve essere realizzata come un'arte, richiede una devozione totale ed una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o scultore;
con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano, il tempio dello spirito di Dio.
È una delle Belle Arti.
Anzi, la più bella delle Arti Belle"

Florence Nightingale

Io infermiere mi impegno nei tuoi confronti a …
Così l'infermiere si presenta dinanzi al paziente col Patto infermiere-cittadino, nel quale assicura una serie di impegni assistenziali e comportamentali. Pubblicato nel 1996, quando l'intera collettività si orientava verso una ridefinizione del rapporto tra cittadino e l'istituzione sanitaria e tra cittadino e i professionisti della sanità, e quando la funzione infermieristica continuava ad essere vista solo nella logica tecnico - mansionariale e non orientava all'attenzione e all'impegno globale verso la persona, quell'impegno espresso con quel patto trova oggi continuità nel codice deontologico.
L'essere professionista infermiere oggi viene vissuto giorno dopo giorno, ognuno "immerso" nella propria realtà e nei problemi specifici che ogni professionista infermiere si trova a fronteggiare quotidianamente; tutto il nostro lavoro deve però convogliare in un'unica filosofia, in termini di ottica comportamentale e di valori.
Ed è proprio questo che rappresenta lo stomaterapista, un professionista realmente inglobato in molteplici situazioni di lavoro, con competenze teorico - pratiche e relazionali differenti ma con una formazione comune e con di fronte la stessa tipologia di persona da assistere.
Una posizione delicata, che richiede doti non comuni di natura assistenziale e di approccio sia con l'individuo che si rivolge alla sua operatività, sia ai tanti interlocutori che sono partecipi di un processo riabilitativo spesso lungo e pieno di problemi fisici, psicologici e di reinserimento sociale e lavorativo, a favore delle persone stomizzate ed incontinenti, che necessitano di un'assistenza olistica personalizzata.Un operatore che diventa il tramite tra il chirurgo e il paziente, tra psicologo e paziente, il medico di base, l'oncologo, le strutture, il care giver e il paziente, tra gli stessi stomizzati e incontinenti. Un ruolo non facile e spesso non accettato, anche se sempre più presente e più richiesto.

La problematica relativa alle stomie e all'incontinenza ha acquisito, infatti, negli ultimi anni un'importanza sempre maggiore. A ciò hanno contribuito senza dubbio l'incidenza di confezionamento di stomie temporanee ed il sempre maggior interesse suscitato dall'aspetto qualitativo oltre che quantitativo della vita.
La professione infermieristica moderna ha alle spalle ormai un secolo di storia. E' la storia di un'evoluzione costante, votata alla crescita, all'aggiornamento, all'acquisizione di nuove

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 2

competenze, alla ricerca. Ma il nostro spirito non cambia, oggi come allora vicino alle esigenze vitali della persona, della famiglia, della comunità.
Cambiano i tempi e le tecnologie, mutano le conoscenze scientifiche, gli approcci terapeutici e assistenziali, i criteri organizzativi del lavoro ma l'impegno solenne degli infermieri, accanto ad uno sforzo costante di crescita culturale e aggiornamento professionale, resta quello di sempre: al servizio dell'uomo, dalla parte dei cittadini e della solidarietà.
Per noi infermieri, lo sviluppo e l'affermazione della professione sono sempre stati legati a un grande investimento in campo culturale e scientifico ed è proprio su tale impegno che si basa il progressivo ampliamento delle competenze e delle funzioni che oggi svolgiamo.
Per questo L'AIOSS si è dato come obiettivo quello di di offrire ai propri iscritti molteplici servizi e strumenti che puntano tutti a promuovere e a valorizzare la cultura della professione e di ogni singolo infermiere.

Il lavoro che qui presentiamo, redatto dall' Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia, nasce in un periodo di profondi mutamenti sia sul piano formativo che sul piano sociale, quali per esempio l'immigrazione, i cambiamenti demografici e la tendenza dei cittadini ad adottare modelli di self-care coerenti con la propria visione del mondo; cambiamenti che a partire dall'ultimo decennio, stanno interessando la professione infermieristica, modificato il profilo del cliente/utente e imposto nuove logiche culturali e operative nei suoi confronti.
Il contesto attuale richiede perciò un infermiere autonomo e capace di esercitare la sua professione con responsabilità, discrezionalità decisionale e competenze specifiche e di porre in essere interventi assistenziali caratterizzati da un approccio globale (fisico-psico-sociale) e personalizzato.
Questo "profilo" è rivolto ai pazienti, a tutti i professionisti sanitari, agli enti interessati e ai responsabili politici e nasce dalla riflessione su quali siano i compiti, le funzioni, le prestazioni e le competenze dell'infermiere esperto in stomaterapia, colo proctologia e riabilitazione del pavimento pelvico.
Nato dal lavoro di più professionisti prende in esame le principali definizioni della professione infermieristica e l'evoluzione storica della formazione infermieristica oltre che della professione dello stomaterapista nella parte introduttiva iniziale.
Sono poi state presentate le offerte formative che oggi certificano la competenza dello stomaterapista nel nostro paese e la rete delle associazioni nazionali ed internazionali dei professionisti che si occupano a vari livelli di stomaterapia, colo proctologia e riabilitazione del pavimento pelvico.
Cuore del lavoro sono le job description che per ciascuna delle aree di competenza (stomaterapia, colo proctologia e disfunzioni del pavimento pelvico) delineano finalità, attività, responsabilità e relazioni dei vari ambiti di azione: AMBITO CLINICO, AMBITO EDUCATIVO E DI COUNSELLING, AMBITO DI CONSULENZA E FORMAZIONE, AMBITO ORGANIZZATIVO.

L'ultima parte del lavoro descrive l'attuale situazione di intreccio tra la nostra professionalità e quella di ostetriche e fisioterapisti nell'ambito delle disfunzioni del pavimento pelvico con la finalità di portare alla riflessione rispetto ad un argomento che solitamente viene visto in ottiche di suddivisione dei compiti più che di interazione delle attività per il bene delle persone assistite.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 3

PARTE I

1. DEFINIZIONE DI PROFESSIONE

Con il termine **professione** si intende, generalmente, un' "attività esercitata in modo continuativo a scopo di guadagno"[a] e spesso viene impropriamente utilizzato per indicare le sole attività intellettuali, contrapponendosi a "mestiere".[b] Ma in realtà, secondo l'approccio funzionalista sociologico allo studio delle professioni, queste ultime per poter essere definite tali, debbono possedere i seguenti requisiti di specificità:

- Un corpus sistematico di conoscenze con conseguente rapporto tra docenti e professionisti;
- Rivestire funzioni centrali per la società;
- Uno specifico profilo professionale e un albo o collegio professionale, riconosciuti dall'ordinamento giuridico;
- Un codice deontologico, volto ad abilitare il controllo e la trasparenza sociale.

Pertanto, le cosiddette "professioni intellettuali" consistono nell'espletamento di attività di natura prevalentemente, anche se non sempre esclusivamente, intellettuale il cui esercizio richiede una peculiare formazione culturale, scientifica e tecnica; esse si caratterizzano per l'**autonomia** decisionale nella scelta delle modalità di intervento, e per la *responsabilità* diretta e personale sul proprio operato.[c]

Professioni regolamentate

Lo Stato attraverso una legge o appositi regolamenti (ministeriali, regionali, etc.) definisce quali siano i criteri minimi per esercitare una professione attraverso la così detta "regolamentazione dell'accesso". Solitamente l'iter di regolamentazione si compone di:

- la definizione di un titolo di studio
- l'espletamento di un tirocinio o praticantato
- il superamento di un esame valutativo delle competenze acquisite (ad esempio l'esame di Stato)
- l'iscrizione ad un Albo o Collegio professionale

Professioni non regolamentate

Sono tutte quelle professioni il cui esercizio non è vincolato al possesso né di alcun requisito né di specifica formazione, se non quelli stabiliti dal Codice civile.

Il processo di definizione di professione si articola in quattro fasi:

1. Individuazione di un corpus di conoscenze teoriche scientifiche e tecniche, tutte quelle proposizioni che definiscono l'oggetto di interesse della professione definendone l'esclusività, i confini e l'autonomia operativa. Per la disciplina infermieristica l'og-

[a] Dizionario della lingua italiana, Devoto-Oli
[b] Dizionario Garzanti della lingua italiana, Milano, 1965
[c] I principi generali dell'ordinamento professionale (dal sito dell'Ordine dei Medici di Milano)

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 4

getto di interesse è l'uomo.
2. Nascita e sviluppo di scuole professionali in ambito universitario, perché questa è la sede formativa per eccellenza, la "sede della ricerca''.
3. Nascita e sviluppo di associazioni professionali che hanno la funzione di imporre le regole ai professionisti (titolo di studio, percorso formativo, codice deontologico) e allo stesso tempo li tutelano;
4. Riconoscimento e protezione da parte dello Stato attraverso la concessione del monopolio dell'esercizio professionale e (solo in Italia) il riconoscimento dell'autonomia professionale attraverso l'istituzione di organi e collegi.

In un saggio del 1957 E. Greenwood definì i cinque attributi ''descrittivi'' che deve possedere una professione per contraddistinguersi da altri tipi di occupazione:

- Corpo sistemico di teoria
- Autorità professionale
- Sanzioni della comunità
- Codice regolativo dell'etica
- Cultura professionale

Se un'occupazione possiede tutti questi attributi può definirsi professione. Analizzando l'assistenza infermieristica utilizzando i cinque punti riportati è possibile infatti meglio definire la nostra professione infermieristica.

- un corpo sistemico di conoscenze costruite secondo l'epistemologia, attraverso il linguaggio proprio delle scienze dentro teorie, concetti, proposizioni.
- il panorama teorico è diviso in diverse scuole di pensiero (teorie dei bisogni, teorie del risultato, teorie delle interazioni) che convergono in un unico oggetto e "campo d'interesse'': l'uomo.
- ha un'autorità professionale, riconosciuta dalla legge (DM 739/1994), che deriva dalla competenza e che conferisce all'infermiere il monopolio nella diagnosi dei bisogni dell'utente.
- gode delle sanzioni della comunità che riconosce e conferisce agli infermieri poteri e privilegi, il controllo della formazione, il controllo sull'ammissione all'esercizio della professione esercitato dal collegio IPASVI (istituito già nel 1954 dalla Legge 1049, in anticipo rispetto ad un processo di professionalizzazione ancora lontano dalla sua piena realizzazione) che promuove l'informazione e l'aggiornamento, anche attraverso un organo di stampa proprio.
- ha un codice deontologico che argina il monopolio goduto dal professionista e l'autoreferenzialità attraverso l'evidenza scientifica, salvaguarda il cliente e i bisogni della collettività.
- ha una cultura professionale, ossia un insieme di norme e valori che guidano l'infermiere nel comportamento sociale e di simboli come la divisa, il gergo, gli stereotipi.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 5

1.1 LA PREPARAZIONE PROFESSIONALE

L'Infermiere è il professionista sanitario che in possesso del Diploma di Laurea e dell'iscrizione all'Albo Professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.
La preparazione all'esercizio di un ruolo complesso, quale è quello infermieristico, si attua attraverso un percorso formativo costituito da discipline scientifiche, umanistiche, manageriali e giuridiche.

L'agire infermieristico si fonda su conoscenze scientifiche, modelli teorici, un metodo di lavoro denominato "Processo di Nursing" e sul codice deontologico professionale.
Il ruolo dell'infermiere è quello che certamente, tra le professioni sanitarie, ha visto i più significativi cambiamenti negli ultimi anni. La Medicina, infatti, è evoluta sempre di più in senso superspecialistico e ciò ha progressivamente posto all'infermiere la necessità di ampliare ed approfondire i presupposti scientifici della sua preparazione professionale.

Dunque sono proprio tali necessità che hanno spinto le Istituzioni a creare dei veri e propri corsi di laurea nelle professioni sanitarie infermieristiche. L'obiettivo di questi corsi è infatti quello di formare operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche che siano in grado di svolgere in autonomia delle attività dirette alla prevenzione, alla cura ed alla salvaguardia della salute, sia essa individuale che della collettività. I laureati in infermieristica debbono quindi avere un'adeguata preparazione multidisciplinare, che consenta loro di comprendere al meglio gli elementi più rilevanti alla base dei processi fisiologici e patologici nei confronti dei quali debbono mettere in atto la loro professionalità.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 6

1.2 PROFESSIONE INFERMIERE

Oggi, libero dai vincoli mansionari, grazie alla legge n° 42 del Febbraio 1999, l'infermiere italiano si muove nel complesso panorama legislativo forse con ancora qualche titubanza.
Allo stato attuale, esistono tre *"paletti"* che delimitano i campi dell'agire professionale: il *Profilo Professionale, il contenuto degli ordinamenti didattici universitari* (formazione di base e formazione specialistica) ed infine il *Codice Deontologico,* così come stabilito dalla legge sopra citata.
Nello stesso tempo, all'agire professionale infermieristico viene posto un unico limite, costituito dalle *competenze attribuite agli altri professionisti sanitari laureati.*
Purtroppo, tale limite mal si caratterizza, poiché per motivi storici nell'ordinamento legislativo italiano vi è da sempre una sorta di equivalenza tra *"atto sanitario"* ed *"atto medico" e,* di conseguenza, non risulta facile individuare gli atti di non esclusiva competenza medica.

Per quanto sopra esposto, il problema dei confini dell'atto medico è da considerarsi duplice: da un canto, i medici stessi devono fare i conti con *"il rispetto reciproco delle rispettive competenze professionali",* dall'altro, è certamente prefigurabile uno spostamento verso l'alto dell'ambito della competenza infermieristica, atteso che il nuovo sistema di attribuzione di attività per competenze e non per elencazioni normative rende il generico limite della *"diagnosi e cura"* poco più che una battuta.
Dunque, allo stato attuale, l'esercizio professionale si presenta non più unicamente vincolato dal possesso del titolo e dalla abilitazione all'esercizio, ma in realtà, sono diventati determinanti la perizia, la capacità e l'abilità del singolo professionista e, di fatto, i ruoli e le funzioni di ciascuna figura professionale, lasciando ampio spazio alla evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecniche necessarie a compiere un determinato atto.
Il professionista infermiere può agire in un campo completamente *autonomo*, caratterizzato dalla *responsabilità della assistenza generale infermieristica* (articolo 1 del Profilo Professionale) e in un campo *collaborativo* (terzo comma, punto d dello stesso articolo: *l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche poste in essere dal medico*), facendo così salvi gli ambiti di competenza medica, costituiti dalla *diagnosi* e dalla *cura*.

Il medico si occupa di fare diagnosi e della prescrizione terapeutica per curare la patologia e debellare l'agente eziologico, mentre l'infermiere si occupa di tutto il processo assistenziale, partendo dalla valutazione del grado di autonomia/dipendenza e comprendendo l'analisi dei bisogni della persona nella visione olistica del prendersi cura.
Un team unito e collaborativo riesce a fare la differenza sul processo di ripresa del paziente a 360 gradi, cercando in tutti i modi di assicurare uno stato psico-fisico ottimale al paziente.
In questo modo, e solo grazie a questa collaborazione multi professionale, si può dire di prendere in carico e curare un paziente in tutta la sua totalità, nel rispetto dell'integrità della propria persona.
Perché un paziente, non è una patologia da trattare, ma è prima di tutto una PERSONA!
Secondo il pensiero del filosofo Agazzi "*la* **multidisciplinarità** *(o* **pluridisciplinarità***) si realizza quando le competenze di discipline diverse vengono utilizzate in un'impresa conosci-*

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 7

*tiva o pratica comune, senza che ciascuna debba mutare le proprie prospettive concettuali o i propri metodi, ma limitandosi a fornire i propri "risultati". In molti casi questo modo di procedere può essere sufficiente, ma non conduce ad una visione d'assieme in cui si veda come si rapportano i diversi aspetti studiati e come, eventualmente, si influenzino reciprocamente. L'*interdisciplinarità*, infine, comporta la messa a confronto di ottiche diverse, lo sforzo di mutua integrazione fra queste, la consapevolezza della parzialità di ciascuna e nello stesso tempo della sua indispensabilità nella comprensione di un problema o di una realtà complessa* ▫…▫. *La vera interdisciplinarità* [...] *si costruisce* a partire dalle discipline *e rispettando la serietà e l'impegno della loro tecnicità di indagine* [...] *Non si può costruire l'interdisciplinarità se non sulla base di una solida competenza disciplinare*"

L' infermiere è colui che riesce a portare avanti un'attività che possa essere considerata, oggi, ***assistenza***, il che significa essere in possesso di una professionalità completa, che gli permetta di essere sempre all'altezza della situazione in cui si inserisce, egli fornisce le risposte richieste dalla popolazione, assiste e previene le complicanze, aiuta a evitare stati di salute non accettabili e applica e conferma una cura.
Non è pensabile una cura, una terapia, una diagnosi, se manca una professionalità che consenta la loro realizzazione ed il raggiungimento dei migliori risultati.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 8

1.2.1 L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'assistenza, intesa come l'arte del **"prendersi cura"**, del farsi carico delle persone malate e sofferenti ha fatto parte della cultura e della saggezza dei popoli fin dai tempi più antichi. Nell'universo variegato della pratica medica le donne hanno sempre svolto un ruolo di primo piano, costituendo una vera e propria "rete sanitaria" piuttosto fitta, in tutte le epoche e in tutti i luoghi. Questa capacità tipicamente femminile di occuparsi degli altri, di prestare loro cure ed assistenza, ha coinvolto nei secoli donne di tutti i generi, dalle contadine alle religiose, dalle nobili alle scienziate. In tutte le tradizioni e le culture la storia dell'assistenza nasce con le donne e da loro passa poi agli uomini, come se una sorta di archetipo del "curare" e del "prendersi cura", vedesse la luce in un ambito matriarcale per poi svilupparsi in quello patriarcale.

L'assistenza ha avuto, in tutte le sue forme, una radice comune: la saggezza popolare caratterizzata dalla profonda conoscenza della natura e dei suoi cicli e dalla corretta interpretazione di segni e sintomi ancor prima che questi fossero analizzati e spiegati dal sapere dotto e accademico. L'assistenza generale infermieristica è l'insieme delle conoscenze, dei processi logici e degli atti che l'infermiere adotta al fine di prevenire le malattie, assistere la persona sostenendone la famiglia, accompagnare alla morte. L'assistenza infermieristica è preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, di natura tecnica, relazionale ed educativa e si rivolge sia all'individuo che alla collettività. L'assistenza infermieristica è pianificata, operata, diretta e valutata da un professionista sanitario: l'Infermiere che ne è responsabile unico.

L'Infermiere, a seconda dei bisogni della persona che assiste, può operare singolarmente, in collaborazione ed integrazione di altri professionisti sanitari e sociali (equipe multidisciplinare), con l'ausilio di personale di supporto.

Di seguito si riportano alcune definizioni della funzione infermieristica al fine di renderne più chiaro il significato e di evidenziarne l'essenza fondamentale del pensiero e dell'agire infermieristico.
"L'Infermieristica è terapeutica in quanto è un'arte sanitaria che si esplica nell'assistenza di un individuo malato o bisognoso di sostegno. Può essere considerata un processo interpersonale perché coinvolge l'interazione tra due o più individui che hanno uno scopo comune: il quale costituisce l'incentivo al processo terapeutico in cui l'infermiera ed il paziente si rispettano reciprocamente, come individui, mentre entrambe imparano e sviluppano le proprie potenzialità grazie all'interazione. L'apprendimento si verifica quando un individuo seleziona gli stimoli in un determinato ambiente e di conseguenza reagisce ad essi. L'infermiere, il paziente e la sua famiglia devono lavorare insieme per identificare, chiarire e definire il problema esistente: questa interazione diminuisce, nelle persone coinvolte, la tensione e l'ansia associate alla sensazione di bisogno e di incertezza" *(Hidegard E. Peplau, 1952)*.
"Funzione specifica dell'infermiere è quella di assistere l'individuo, sano o malato, per aiutarlo a compiere tutti quegli atti tendenti al mantenimento della salute o della guarigione (o prepararlo a morte serena) -atti che compirebbe da solo se disponesse della sua forza, della volontà, o delle cognizioni necessarie- e di favorire la sua partecipazione attiva in

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 9

modo da aiutarlo a riconquistare il più rapidamente possibile la propria indipendenza" *(Virginia Henderson, 1966)*.
"L'Infermieristica si interessa in modo particolare del bisogno che l'individuo ha di svolgere attività di auto assistenza (self-care), la quale va potenziata e diretta continuamente al fine di conservare la vita e la salute, riprendersi da malattie o da lesioni e far fronte alle conseguenze di tali eventi. L'auto assistenza è la pratica di attività che gli individui compiono per proprio conto al fine di conservare la vita, la salute ed il benessere" *(Dorothea E. Orem, 1971)*.
"La professione infermieristica è finalizzata a preservare, promuovere ed ottimizzare lo stato di salute e le capacità dei pazienti, a prevenire eventuali patologie e lesioni, ad alleviare le sofferenze attraverso la diagnosi ed il trattamento delle risposte umane alla malattia ed a fornire supporto ad individui, famiglie, comunità e popolazioni" *(American Nurses Association)*.

Oggi più che di *assistenza infermieristica* si parla di **processo di assistenza**.
L'assistenza è la disciplina che consente al professionista adeguatamente formato di rilevare e rispondere al bisogno di salute attraverso l'utilizzo della strategia della *risoluzione dei problemi*. Il processo di nursing consiste nella presa in carico dell'individuo che presenti un bisogno di salute.
È generalmente considerato come un approccio sistematico di *risoluzione del problema* che viene utilizzato nell'assistenza infermieristica individualizzata. È utilizzato dagli infermieri per identificare e trattare le risposte umane a problemi reali o potenziali.

Esso possiede le seguenti caratteristiche:
- modello per erogare assistenza infermieristica ai pazienti alle famiglie e alla comunità
- è ordinato e sistematico;
- è interdipendente;
- offre assistenza individualizzata;
- è centrato sul paziente e sui suoi punti di forza;
- il suo uso è appropriato in tutto l'arco della vita;
- può essere usato in tutti gli ambienti.

Il processo d'assistenza ha come importanza:
- Favorire la collaborazione tra le varie discipline e figure professionali,
- Incoraggiare la partecipazione del paziente e promuove la sua autonomia,
- Spiegare agli altri le funzioni di un infermiere,
- Promuovere l'assistenza personalizzata,
- Essere efficiente (miglior rapporto costo-beneficio).

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 10

1.3 L'EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Il processo di evoluzione che continua ad interessare il mondo delle professioni sanitarie e degli Infermieri in particolare, ha una storia lunga ed articolata che è utile percorrere brevemente.
Gli Infermieri italiani sono riusciti a forzare le serrature che li imprigionavano nella gabbia in cui li rilegava il mansionario (ex D.P.R. n.225/74) attraverso la quotidiana interpretazione e testimonianza, resa in ogni ambito di attività, di un ruolo che definisce compiutamente lo "specifico infermieristico". Si è così ottenuta la Legge n. 42/99, abrogativa del mansionario che ha avviato così il complesso ed articolato percorso per il riconoscimento della dirigenza. Un processo quindi cominciato da decenni ma che ha avuto in questi ultimi anni una accelerazione progressiva, costante e che sta raccogliendo frutti che sino a qualche tempo fa sembravano utopistici.

Il ciclo evolutivo è da far risalire senz'altro alla promulgazione della Legge 341 del 19 novembre 1990 (Riforma degli ordinamenti didattici universitari che ha previsto tra l'altro l'istituzione dei D.U.) solo due anni dopo questi si concretizzarono con la pubblicazione del decreto "Ruperti" che prevedeva nella lunga lista dei diplomi anche quelli in Scienze Infermieristiche. Si spezza di colpo l'incantesimo che durava da mezzo secolo e che non consentiva il riconoscimento adeguato del titolo di studio d'Infermiere (può giovare ricordare che il valore legale del Diploma di Infermiere Professionale non era nemmeno equiparato in Italia ad un diploma di maturità pur essendo riconosciuto in tutti i paesi della comunità europea). L'assenza di una legge organica che disegnasse uno scenario per il futuro e la mancata attività legislativa in materia hanno fatto si che per un certo periodo ci si è trovati in una situazione nella quale convivevano due percorsi formativi: l'uno ormai in Università e l'altro tradizionale gestito dalle Regioni.

Le conseguenze di ciò sono chiare a tutti: avremmo avuto da lì a qualche anno due diverse e distinte figure infermieristiche e la sede di formazione avrebbe determinato un differente riconoscimento dei titoli. Avremmo avuto in altre parole, la distinzione (e quindi la discriminazione) tra due figure infermieristiche: una di serie A e l'altra di serie B. Sperare ad un provvedimento legislativo specifico che a breve tempo avrebbe potuto risolvere il problema era (viste le precedenti esperienze) da considerarsi impossibile. Fortunatamente i Collegi IPASVI e le OO.SS. hanno individuato nell''emendato decreto legislativo di riordino del SSN l'occasione da non lasciarsi sfuggire per fare giustizia di quanto accaduto. E dopo un sit-in in piazza del Parlamento nei giorni che precedevano il Natale di quell'anno organizzato dai Presidenti dei Collegi si ottenne l'inserimento del provvedimento che riunificava i percorsi formativi in un'unica sede (quella universitaria) e che nel contempo salvaguardava le sedi di formazione e l'esperienza dei docenti del SSN che fino ad allora avevano garantita la formazione di professionisti comunque di buon livello. Il D.Igs n. 502/92 prevede infatti all'art. 6 comma 3 che "….la formazione…avviene in sede Universitaria o in sedi con essa convenzionate….". lo stesso Decreto delegava ai Ministri della Sanità e dell'Università l'emanazione di ulteriori atti amministrativi per la "Regolamentazione dei profili professionali", la definizione degli "Ordinamenti didattici", la individuazione dei "Requisiti minimi per l'accreditamento delle sedi formative" ecc.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 11

Fu un colpo magistrale messo a segno con una tempestività degna di lode. Si trattava ora di acquisire il più rapidamente possibile i decreti appena citati, ma gli organismi ministeriali deputati alla scrittura dei testi rinviavano sine die la loro predisposizione. Di mese in mese si giunse al 1994 ed ancora non si otteneva quanto atteso. Gli Infermieri allora organizzarono la prima grande manifestazione in piazza, ed il 1° luglio '94 in cinquantamila sfilarono per le strade e le piazze di Roma rivendicando il diritto ad ottenere un Profilo Professionale che si dimensionasse come un atto propedeutico a dare seguito alla applicazione di quanto previsto dal Decreto legislativo 502. La legge 42/99 riconosce infine equipollenti ai diplomi universitari tutti i diplomi conseguiti con i precedenti ordinamenti e che avevano consentito l'iscrizione agli albi professionali.

Viene così riaffermato il concetto che la professione infermieristica è "una" e che il cittadino deve poter riconoscere in maniera chiara ed inequivocabile quale professionista si prende cura di lui. Si è poi giunti alla legge che n. 251 e che è stata promulgata il 10 agosto 2000. Questa legge di "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" riafferma che tali professionisti svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute delle persone. La legge in esame da mandato al Ministero dell'Università di emanare un decreto che istituisca e regoli l'accesso a percorsi universitari. In verità la legge è debole sotto l'aspetto applicativo per ragioni a tutti note, tuttavia apre la strada alla "Dirigenza Infermieristica" e quindi alla reale possibilità di sviluppo di carriera per la professione sanitaria di Infermiere. E' un modo incontrovertibile per riconoscere ormai che il "professionista infermiere è da considerare maggiorenne".

Tutte queste tappe rappresentano il giusto riconoscimento all'impegno che gli Infermieri hanno testimoniato negli anni nei loro posti di lavoro, spesso in condizioni di estremo disagio, tamponando carenze di organici, superando ostacoli posti da strutture non raramente fatiscenti, inventando soluzioni e stratagemmi per colmare lacune organizzative e per far fronte alla carenza o alla mancanza di presidi medicali e tecnologici. Molto è stato fatto ma altrettanto resta ancora da fare.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 12

1.3.1 NURSING E FORMAZIONE

In Italia la regolamentazione della formazione infermieristica avviene a partire dal 1925: infatti le prime Scuole vengono istituite con Rdl 15 agosto 1925, n. 1832 (***Facoltà della istituzione delle Scuole-convitto professionali per infermiere e di Scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici***).
Per accedervi viene richiesta la licenza elementare, che però di fatto non è obbligatoria in mancanza di candidate che ne siano in possesso. Nel 1934 le norme sulla formazione infermieristica vengono inserite nel Testo Unico delle leggi sanitarie. L' Accordo di Strasburgo del 25 ottobre 1967 stabilisce i requisiti minimi di accesso per le Scuole infermieristiche e il monte-ore minimo di insegnamento da impartire, che è pari a 4600 ore.
Nel 1971 la legge 124 sopprime l'obbligo di internato e la denominazione Scuola-convitto viene sostituita con quella di "Scuola per infermieri professionali". Inoltre viene consentito l'accesso agli uomini.
La legge 795 del 15 novembre 1973 ratifica il dettato comunitario e il successivo Dpr 867 del 13 ottobre 1975 modifica gli ordinamenti didattici prevedendo un percorso formativo di tre anni, a cui si accede con una scolarità di 10 anni (biennio di scuola media superiore).

Con il D.P.R. 761 del 20 ottobre 1979, quando vengono definiti i profili professionali delle figure infermieristiche, per la prima volta si parla di "operatore professionale dirigente" e successivamente, con la normativa concorsuale del 1982, il diploma conseguito presso le Scuole universitarie dirette a fini speciali per dirigenti e docenti dell'assistenza infermieristica diventa requisito obbligatorio per chi voglia partecipare ai concorsi per Direttore didattico e Capo dei servizi sanitari ausiliari.
La legge del 19 novembre 1990, n. 341, sulla riforma degli ordinamenti didattici universitari, istituisce, tra l'altro, il "diploma universitario di primo livello in Scienze infermieristiche". Secondo questa legge il nuovo titolo di studio "ha il fine di fornire agli studenti adeguata conoscenza di metodi e contenuti culturali e scientifici orientata al conseguimento del livello formativo richiesto da specifiche aree professionali".

L' ordinamento del corso di diploma universitario in Scienze infermieristiche è stabilito dalla tabella XXXIX ter, di cui al D.M. 2 dicembre 1991. Tuttavia questo provvedimento, pur creando le premesse per un profondo rinnovamento, non interferisce con le tradizionali Scuole per infermieri professionali. Il corso di diploma universitario costituisce infatti un canale formativo parallelo a quello delle Scuole che operano in ambito regionale, rilasciando diplomi che conservano integro il loro valore abilitante ai fini dell'esercizio professionale. Il D.lgs 502 del 1992 e successive modificazioni sancisce - dopo un breve periodo di transizione ("doppio binario") - il definitivo passaggio alla formazione universitaria.
Il D.lgs 502/92 prevede, di conseguenza, come requisito obbligatorio per l'ammissione il possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado. Il titolo rilasciato al termine del corso è un "diploma universitario" a firma del Rettore dell'Università e del responsabile della struttura sede di formazione. Tra il 1994 e il 1998 le Regioni stipulano i protocolli d'intesa con le Università, che diventano così l'unico canale di accesso alla professione infermieristica.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 13

Il D.M. del 24 luglio 1996 disegna il nuovo ordinamento didattico universitario e rivede ancora una volta la denominazione del titolo, che diventa "diploma universitario per infermiere".
Un ulteriore intervento legislativo, il D.M. 509/99, ridefinisce gli assetti del sistema universitario nel quale ormai si colloca a pieno titolo la formazione infermieristica.
Gli anni Novanta vedono cambiamenti importanti anche nelle normative che regolamentano l'esercizio professionale, che qui citiamo per la loro stretta connessione con la riforma dei percorsi formativi: i decreti sul profilo professionale dell'infermiere (D.M. 739/94) e dell'infermiere pediatrico (D.M. 70/97), la legge sull'abrogazione del mansionario (42/99), la legge 251/2000 sulla dirigenza infermieristica.

Un primo concreto passo verso l'attivazione della laurea specialistica arriva con il decreto MURST del 2 aprile 2001, che definisce le competenze dei laureati specialisti, che devono possedere "una formazione professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca (…e) sono in grado di esprimere competenze avanzate di tipo assistenziale, organizzativo, gestionale, di ricerca in risposta ai problemi prioritari di salute della popolazione e ai problemi di qualità dei servizi". Queste competenze sono in linea con l'evoluzione di quel processo di professionalizzazione che è stato più volte sostenuto da un'offerta formativa diversificata e coerente con la crescita del ruolo e delle funzioni infermieristiche. L'accesso a tale livello di formazione è consentito anche a coloro che sono in possesso del titolo abilitante all'esercizio professionale rilasciato in base al vecchio ordinamento, nonché della maturità quinquennale (legge 1/2002).

Nel dicembre 2003, dopo l'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni dell'Accordo tra il ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome sulla determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie, anche il MIUR si pronuncia positivamente sull'attivazione delle Lauree specialistiche e ratifica la decisione. Il Consiglio universitario nazionale (Cun) costituisce quindi uno schema di ordinamento didattico per le singole classi specialistiche al fine di assicurare la formazione di figure professionali uniformi sul territorio nazionale.
Ma bisogna aspettare il 2004 per la definizione delle modalità e dei contenuti delle prove di ammissione ai corsi di laurea specialistica. Con decreto del 9 luglio 2004 il MIUR fissa le modalità e i contenuti delle prove di ammissione alla laurea specialistica delle professioni sanitarie e con i decreti del 27 luglio 2004 e del 1° ottobre 2004 definisce i posti per le relative immatricolazioni.

Il ministero dell'Università, recependo le indicazioni del ministero della Salute, per l'anno accademico 2004_2005, assegna alla classe SNT- SPE/1 (Scienze infermieristiche ed Ostetriche), 578 posti complessivi. (Gazzetta Ufficiale del 4 agosto 2004, n.181) e i corsi partono in 15 Università italiane.
Il contestuale Dm 270/04 che riforma degli ordinamenti didattici universitari non interviene comunque sui percorsi formativi delle classi che attengono alle professioni sanitarie "preordinati per l'accesso alle attività professionali", ma ne modifica solo la denominazione da corso di laurea specialistica in "corso di laurea magistrale".
Il **decreto legge 180** del 10 novembre 2008, "disposizioni urgenti per il diritto allo studio, la valorizzazione del merito e la qualità del sistema universitario e della ricerca", è un prov-

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 14

vedimento col quale il Governo è di nuovo intervenuto nel mondo universitario a seguito del dibattito creatosi con l'approvazione della legge 133, in parte modificata dal nuovo decreto e che dovrebbe riguardare strettamente il tema della qualità nel sistema formativo universitario. A tale proposito gli argomenti trattati col provvedimento di urgenza sono: sospensione alle assunzioni e taglio dei fondi a seconda dei risultati di bilancio, sorteggio e valutazione dei titoli nei concorsi, aumento dei fondi alle università "meritevoli".

Senza soffermarci a disquisire rispetto alla questione riguardante le differenze tra la qualità universitaria codificata con ISO9001 e gli aspetti di "merito" prettamente economici e di spendibilità sul mercato specificati dal decreto legge 180 ma riflettendo, invece, sulle riforme che potenzialmente introdurrebbe questa norma per quella che è l'odierna formazione universitaria infermieristica, si riassume qui quello che Annalisa Silvestro (presidente della federazione nazionale dei collegi professionali) pone come posizione della professione infermieristica al riguardo:
"Il MIUR e il Ministro Gelmini ritengono ineludibile la trasformazione delle nostre Università e una profonda razionalizzazione dell'offerta formativa. Il percorso di razionalizzazione prevede la revisione dei Settori scientifico-disciplinari (Ssd), cosa che potrebbe anche portare all'accorpamento di alcuni e alla soppressione di altri.
Se l'attivazione di politiche riformatrici trova consenso nel nostro gruppo professionale – ormai pienamente inserito nell'alveo formativo universitario – forte dissenso produce, invece, l'ipotesi ventilata in alcuni ambienti accademici di sopprimere l'unico Settore scientifico-disciplinare infermieristico.
Il nostro Settore scientifico-disciplinare Med 45 (Infermieristica generale clinica e pediatrica) verrebbe accorpato in un'area costituita da branche mediche oppure in una specie di area "tecnica" che vedrebbe al suo interno una miscellanea indistinta costituita da tutte le professioni sanitarie definite dalla legge 251/00".
Entrambe le ipotesi sono inaccettabili. In primo luogo perché verrebbe annullata la formazione disciplinare specifica di una figura rilevante e peculiare per il nostro sistema sanitario: l'infermiere; perché verrebbe sminuito il contributo autonomo e insostituibile del mondo infermieristico nei processi di assistenza, perché il nostro sistema sanitario necessita di un infermiere formato al meglio e con una forte caratterizzazione assistenziale, perché verrebbe negata ai cittadini un'offerta sanitaria completa e pertinente ai bisogni emergenti nella collettività nazionale ed europea, "…perché il nostro Settore scientifico-disciplinare Med 45 (Infermieristica generale clinica e pediatrica) copre circa il 25% di tutti gli insegnamenti previsti nel Corso di laurea per gli infermieri.
Il criterio che pare sottendere all'inaccettabile ipotesi ventilata pare essere unicamente quello del numero di professori. È evidente che se così fosse, la Disciplina infermieristica sarebbe fortemente e ingiustamente penalizzata: per il recente inserimento della nostra formazione in ambito universitario, per la ricerca di ottima qualità prodotta dai docenti infermieri inseriti nelle Università italiane, per gli ostacoli posti all'arruolamento di Ordinari, di Associati e di Ricercatori infermieri, per la preparazione garantita agli oltre 45.000 studenti iscritti al Corso di laurea in Infermieristica.
Vogliamo credere in una risposta positiva delle nostre Istituzioni… ma se così non fosse riprenderemo a camminare insieme, come già abbiamo fatto, per mantenere aperta la strada del futuro alla nostra professione.
Non accetteremo di essere ricacciati in un passato che pensavamo di aver abbandonato per sempre".

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 15

1.3.2 LA NORMATIVA

1955 - Nascono i Collegi
È il 1955, gli italiani allontanano i ricordi della guerra e si preparano, senza saperlo, agli anni del boom economico. In questo clima nascono i Collegi delle infermiere professionali, vigilatrici d'infanzia e assistenti sanitarie visitatrici, voluti da un decreto governativo dell'ottobre 1954. E voluti soprattutto da quelle operatrici della sanità consapevoli di essere preziose, ma che non avevano ancora ottenuto uno specifico riconoscimento professionale, poiché il decreto del 1946 sulle professioni sanitarie si era limitato a ripristinare gli Ordini dei medici chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti e ad istituire i Collegi delle ostetriche.
Da questo momento in poi i Collegi e la Federazione IPASVI avranno un continuo sviluppo, registrando tutte le tappe della crescita e dei cambiamenti che hanno visto protagonista la professione infermieristica. Un primo passo importante fu convincere le infermiere, le assistenti sanitarie visitatrici e le vigilatrici d'infanzia, religiose e laiche, ad iscriversi negli Albi professionali: i dati registrati nel 1959, in occasione del Censimento nazionale degli esercenti le professioni sanitarie, mostrano i buoni risultati raggiunti, ma segnalano anche il perdurare di alcune difficoltà.

1965 - Infermieri a Congresso
Più benessere più possibilità di movimento, anche grazie al diffondersi delle automobili. Così finalmente la Federazione dei Collegi Ipasvi per il Paese e vi può indire il suo primo Congresso nazionale, svoltosi a Roma dal 31 maggio al 2 giugno del 1965.
La sede scelta per la cerimonia inaugurale fu il Palazzo degli Uffici all'Eur e registrò la partecipazione di tutte le "massime autorità religiose, militari e civili", come recitavano abitualmente i giornali dell'epoca.
Anche se le fotografie sembrano raccontarci una realtà molto rigida e formale, il discorso di apertura dell'allora presidente Laura Sterbini Gaviglio non fu affatto rituale: ripercorrendo le tappe dei dieci anni di vita dei Collegi, sottolineò tutte le difficoltà con le quali la professione si doveva confrontare, dalla mancanza di scuole statali e gratuite per la formazione, ai problemi di inquadramento contrattuale, alla più generale difesa della dignità della professione infermieristica, concludendo con l'affermazione di essere ormai in tempi "maturi per il raggiungimento di un sistema di sicurezza sociale".

1971 - Largo agli uomini!
"Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale": recita così la legge n. 124 del 25 febbraio 1971, con la quale si sancisce una vera rivoluzione nel mondo infermieristico. La storia della professione era stata fino a questo momento esclusivo appannaggio delle donne: una santa per proteggerle, quella matrona Fabiola che si dedicava all'assistenza nell'antica Roma, una donna come modello ideale, ovvero Florence Nightingale, e poi tante altre donne negli ospedali, nelle visite igieniche alle zone più difficili del Paese, nell'assistenza all'infanzia. Il lavoro infermieristico, visto come "ausiliario" e "vocazionale", era giudicato particolarmente adatto alle donne e soprattutto alle religiose, che furono per molti anni la maggior parte del corpo infermieristico.
Una situazione che produceva, come conseguenza forse non voluta, la curiosa "anticipa-

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 16

zione" di un protagonismo femminile anche in ruoli di vertice, si pensi ad esempio alle due rappresentanti infermieristiche chiamate, di diritto, nel 1957 a far parte del Consiglio superiore di Sanità. Ma lo sviluppo della società porta progressivamente ad una radicale trasformazione del ruolo delle infermiere, che acquistano sempre più competenza e autonomia professionale.
Dunque, anche per ragioni di equità sociale, la professione non può più essere preclusa agli uomini, ai quali oltretutto era invece già consentita la funzione di infermiere generico (e proprio sulla distinzione tra infermiere professionale e infermiere generico si aprirà un non facile dibattito tra i legislatori, interessati a reclutare personale, e i Collegi IPASVI, preoccupati della tutela di una qualificazione professionale acquisita attraverso molti anni di studio). L'immissione degli uomini nei ruoli professionali produrrà anche un'accelerazione del cambiamento dei percorsi formativi, a cominciare dai Convitti che dovranno derogare all'internato per i nuovi allievi.

1973 - Formazione all'europea
L'Italia recepisce l'Accordo europeo sull'istruzione e formazione degli infermieri professionali (legge 15 novembre 1973, n. 795). Si tratta di una tappa importante nella storia della professione infermieristica: il documento sarà il punto di riferimento di tutto il processo di riordino normativo che si svilupperà dagli anni Settanta ad oggi.
L'*Accordo di Strasburgo* indica infatti i punti essenziali per una revisione dei programmi d'insegnamento e definisce la funzione educativa del tirocinio pratico degli allievi. Per uniformarsi alle indicazioni europee, che prevedono 4600 ore di insegnamento, saranno elaborati nuovi programmi di studio e la durata dei corsi passerà da due a tre anni. L'obiettivo è duplice: far crescere la qualità della formazione e consentire la possibilità per gli infermieri di lavorare nei vari Stati firmatari dell'Accordo.

1974 - Si rinnovano le mansioni
A definire il campo delle attività e le competenze degli infermieri nel 1974 interviene il Dpr 225, il cosiddetto "mansionario", che modifica le precedenti norme di regolamentazione della professione risalenti al lontano 1940.
La riforma del Servizio sanitario, che vedrà la luce nel 1978 con l'approvazione della legge 833, è preceduta da un lungo periodo preparatorio in cui si pone mano al riordino delle attività delle professioni sanitarie. Nel complesso il "nuovo" mansionario viene accolto con favore dagli organismi di rappresentanza della professione che, pur sottolineandone alcune contraddizioni, al momento dell'emanazione lo considerano una tappa importante del processo evolutivo dell'assistenza infermieristica.
Il testo tende a stabilire un diverso approccio con l'assistito, non più visto solo come un malato con dei problemi clinici, ma come una persona che esprime bisogni psichici, fisici e sociali. In questa logica diventano fondamentali gli aspetti relazionali dell'attività infermieristica, che viene valorizzata nelle sue funzioni, come evidenzia la stessa terminologia che viene usata nel Dpr. Ad esempio, il termine "eseguire", presente nel dettato normativo precedente, viene quasi sempre corretto con "programmare" e "promuovere … iniziative"; inoltre viene introdotto il termine "coordinare" e soppresso "dipendere".
Il mansionario estende il campo di attività infermieristica dall'ospedale ai servizi di sanità pubblica e abbraccia i settori della prevenzione, della cura, della riabilitazione e dell'assi-

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 17

stenza sanitaria. Viene riconosciuto anche il ruolo didattico dell'infermiere in rapporto all'assistito e alle famiglie, ma anche nei confronti di altri operatori e degli allievi.
In sintesi con il Dpr 225 l'infermiere acquista una propria caratterizzazione professionale più adeguata ai tempi, a cui corrispondono il riconoscimento di una certa autonomia operativa e precise responsabilità relative alle attività individuate dal legislatore come specifiche: un elenco destinato, comunque, a invecchiare ben presto nell'impatto con le trasformazioni indotte dal progresso scientifico e tecnologico.

1978 - Basta mutue, nasce il Servizio sanitario nazionale
Nel 1978 a dieci giorni dal Natale, presidente del Consiglio Giulio Andreotti, ministro della Sanità Tina Anselmi - uno schieramento parlamentare vastissimo, che in tempi recenti si è potuto rivedere solo in occasione dell'elezione di Ciampi a Presidente della Repubblica, dopo anni di dibattiti e scontri diceva sì all'istituzione di un Servizio sanitario nazionale pubblico con i soli voti contrari del Movimento sociale, del Partito Liberale e l'astensione dei repubblicani (in tutto meno del 15% degli elettori dell'epoca).
Con una maggioranza quasi plebiscitaria, quindi, anche l'Italia entrava nel club di quei Paesi che avevano scelto di dotarsi di un sistema nazionale di tutela della salute ponendo la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle malattie tra i primi compiti della Repubblica.
Le vecchie mutue, caratterizzate da evidenti sperequazioni tra le diverse categorie di assistiti, lasciavano il posto alle Usl, Unità sanitarie locali, che assumevano a proprio carico tutte le competenze in materia di assistenza sanitaria. Il finanziamento del sistema sarà assicurato dalla fiscalità generale (ma occorrerà attendere quasi un ventennio prima dell'effettiva fiscalizzazione dei vecchi contributi malattia) e viene istituito il Fondo sanitario nazionale che entra a far parte di un apposito capitolo di spesa del Ministero del Tesoro.
La riforma del 1978 sarà oggetto di moltissimi provvedimenti di modifica e integrazione, culminati nella prima grande riforma della riforma (quella del biennio 1992/93) che trasformò le Usl in "Aziende sanitarie locali" dotate di autonomia giuridica dando il via alla cosiddetta "aziendalizzazione" del sistema e dalla "riforma ter" (più nota come riforma Bindi dal ministro della sanità che la mise a punto) varata nel 1999, ma rimasta in gran parte ancora inattuata, soprattutto a causa del cambio di maggioranza seguito alle elezioni politiche del 2001 e dal contemporaneo avvio della riforma federalista dello Stato che ha rafforzato ulteriormente il ruolo delle Regioni nel governo della sanità.

1992 - Arrivano i diplomi universitari
Sono circa mille i primi studenti che nell'anno accademico 1992/93 varcano le soglie dell'Università per frequentare i corsi di diploma universitario per infermiere, avviati in 18 Atenei italiani. L'ingresso della formazione nell'Università è il punto d'arrivo di un decennio di battaglie portate avanti da tutta la professione per adeguare i percorsi formativi al ruolo di grande responsabilità svolto dagli infermieri in ogni struttura del sistema sanitario italiano e per entrare a pieno titolo in Europa.
Questa esigenza si integra perfettamente con il complessivo disegno di riforma dell'Università, varato nel 1990, che istituisce anche nel nostro Paese le "lauree brevi". Alla fine del 1992 viene emanato il Dlgs 502 (poi 517) che, oltre a definire le competenze dell'Università, delle Regioni e delle Aziende del Ssn in materia di formazione infermieristica, stabilisce come requisito per l'accesso alle scuole a ai corsi il possesso del diploma di scuola secondaria

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 18

superiore di secondo grado di durata quinquennale. La nuova norma si prefigge di salvaguardare il patrimonio di esperienza didattica delle precedenti Scuole, prevedendo l'accreditamento delle sedi idonee con l'Università. Nel 1996/97 il periodo di transizione al nuovo sistema formativo si conclude con il passaggio definitivo di tutta la formazione di base in ambito universitario. Sul diploma, accanto alla firma del Responsabile del corso, figura ora quella del Rettore dell'Università.

1994 - Una grande manifestazione in piazza

Il 1° luglio del 1994, per le strade di Roma sfilano 50mila lavoratori della sanità, infermieri professionali per la gran parte. Una manifestazione che chiedeva più attenzione per il sistema sanitario pubblico, in anni in cui la ricetta privatistica sembrava la soluzione di ogni problema, e soprattutto interventi per una migliore qualificazione delle professioni sanitarie, ovvero i nuovi profili professionali sui quali si discuteva da tempo ma che tardavano ad arrivare.

Ma il lungo corteo romano rappresentò anche un momento di passaggio fondamentale per la costruzione di una nuova e più forte identità professionale: striscioni, cartelli, migliaia di palloncini mostrarono a tutti che gli infermieri di oggi erano lontani e diversi dagli stereotipi del passato.Tutti gli slogan ruotavano intorno a questa consapevolezza: "Infermiere qualificato, paziente tutelato", "Vogliamo migliorare per assistere e curare", ed anche, in una polemica ironica ma non priva di fondamento, "Signor dottore ho commesso un gran reato, ho pensato, ho pensato". Senza dimenticare anche gli obiettivi immediati: "Costa, Costa, vogliamo una risposta". E la risposta arrivò rapidamente, perché pochi mesi dopo, a settembre, l'allora ministro della Sanità Raffaele Costa firmò il decreto ministeriale che definiva ruolo e funzioni degli infermieri professionali.

1994 - Gli infermieri hanno un nuovo profilo

Il profilo professionale è la pietra miliare nel processo di professionalizzazione dell'attività infermieristica. Il decreto ministeriale 739/94 riconosce l'infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica, precisa la natura dei suoi interventi, gli ambiti operativi, la metodologia del lavoro, le interrelazioni con gli altri operatori, gli ambiti professionali di approfondimento culturale e operativo, le cinque aree della formazione specialistica (sanità pubblica, area pediatrica, salute mentale/psichiatria, geriatria, area critica).

Il profilo disegnato dal decreto è quello di un professionista intellettuale, competente, autonomo e responsabile. Analoga definizione dei campi di attività e delle competenze verrà successivamente stabilita anche per l'infermiere pediatrico (D.M. 70/97) e per altri 20 profili professionali, tra cui figurano quello dell'assistente sanitario, dell'ostetrica, del terapista della riabilitazione, del tecnico di laboratorio ecc. L'attivazione del profilo si presenta come il banco di prova per verificare la compliance tra le aspirazioni e le potenzialità degli infermieri, che sono chiamati ad assumere - anche formalmente - la responsabilità di gestire autonomamente il processo assistenziale, dal momento decisionale a quello attuativo, valutativo e di confronto.

1999 - Mai più "ausiliari"

Non più "professione sanitaria ausiliaria": finalmente questa anacronistica e impropria definizione attribuita agli infermieri viene definitivamente cancellata da una legge dello Stato.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 19

La legge 42/99 (*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*) sancisce che il campo proprio di attività e di responsabilità della professione infermieristica è determinato dai contenuti del decreto istitutivo del profilo, dagli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post base, nonché dai Codici deontologici che la professione si dà.

2000 - Laurea specialistica e dirigenza

A fissare gli ultimi tasselli al percorso di riordino della professione è la legge 251/2000 (*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*). Questa legge stabilisce che gli infermieri in possesso dei titoli di studio rilasciati con i precedenti ordinamenti possono accedere alla laurea di secondo livello in Scienze infermieristiche.

Passa così, dopo una lunga battaglia della Federazione Ipasvi, il principio dell'equipollenza dei titoli ai fini della prosecuzione degli studi. Ma l'importanza della 251 consiste soprattutto nel riconoscimento "formale" della dirigenza: per gli infermieri si aprono così le porte per l'accesso alla nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario. In attesa dell'entrata a regime della specifica disciplina concorsuale, disposizioni transitorie stabiliscono che le Aziende sanitarie possono comunque procedere all'attribuzione degli incarichi di dirigente dei Servizi dell'assistenza infermieristica e ostetrica "attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di requisiti di esperienza e qualificazione professionale predeterminati". A tali figure sono attribuite la responsabilità e la gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni, nonché la revisione dell'organizzazione del lavoro incentivando modelli di assistenza personalizzata.

2001 - Lauree in armonia con l'Europa

I decreti del 2 aprile del 2001 sulla determinazione delle classi di laurea delle professioni sanitarie si inquadrano nel generale processo di riforma dell'Università, che va avanti per armonizzarsi con lo scenario europeo: i corsi di diploma universitario per infermiere si trasformano così in laurea triennale e viene prevista la laurea specialistica nelle Scienze infermieristiche e ostetriche, a cui accedere sulla base dei crediti acquisiti nella formazione di base.

Nella specifica classe di laurea riservata alle professioni sanitarie infermieristiche e alla professione sanitaria ostetrica sono collocati i profili dell'infermiere, dell'ostetrica e dell'infermiere pediatrico.

2002 - Una legge per arginare l'emergenza

Il 2002 si apre con l'emanazione di una legge che riguarda gli infermieri, la n. 1 dell'8 gennaio (*Conversione in legge, con modificazioni del decreto legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario*). Il provvedimento, nato sulla spinta dell'emergenza infermieristica, in realtà fissa alcuni principi di carattere più generale:

- riconosce agli infermieri dipendenti del S.S.N. la possibilità di svolgere attività liberoprofessionale all'interno delle strutture della loro Amministrazione per garantire attraverso "prestazioni aggiuntive … gli standard assistenziali nei reparti di degenza e l'attività delle sale operatorie";

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 20

- prevede la possibilità di riammettere in servizio infermieri che abbiano volontariamente risolto il rapporto di lavoro, stipulando contratti a tempo determinato;
- definisce le funzioni dell'operatore socio-sanitario, ribadendo che esso svolge le sue attività "conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione";
- valorizza la formazione complementare e attribuisce valore di titolo valutabile ai fini della carriera ai Master e agli altri corsi post base.

2004 - Al via le Lauree specialistiche!
Con decreto del 9 luglio 2004 il Miur fissa le modalità e i contenuti delle prove di ammissione ai corsi di laurea specialistica in Scienze infermieristiche e con decreto del 27 luglio definisce i posti per le immatricolazioni. Il 1° ottobre, con un ulteriore decreto, riconosce ai fini dell'ammissione "in deroga al superamento dell'apposita prova" la posizione degli infermieri già in possesso dei titoli rilasciati dalle Scuole dirette a fini speciali e titolari, da almeno due anni, dell'incarico di direttore dei Servizi infermieristici o di direttore o coordinatore dei corsi di Laurea.
Così, nell'anno accademico 2004-2005 la Laurea specialistica diventa finalmente una realtà concreta e i corsi partono in 15 Atenei italiani.
Un obiettivo che la Federazione e i Collegi Ipasvi hanno perseguito con tenacia, con il fine di offrire agli infermieri la possibilità di intraprendere percorsi formativi sempre più articolati e diversificati, che li rendano protagonisti attivi e competenti di un mondo sanitario in continuo sviluppo.
La Laurea specialistica (o magistrale) non è una tappa formativa obbligatoria, ma un'opportunità per gli infermieri che intendano acquisire il livello professionale necessario ad esercitare specifiche funzioni nell'area clinico-assistenziale avanzata, nella gestione, nella formazione e nella ricerca.

2006 - I primi dottorati
Partono i primi dottorati in Scienze infermieristiche: è la tappa che completa il percorso accademico della professione infermieristica nel nostro Paese.
Il conseguimento dell'importante obiettivo si deve alla sensibilità di alcune prestigiose Università, ma anche al sostegno della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi concretizzatosi, nella fase conclusiva, con il finanziamento di alcune borse di studio.
Il primo bando ad essere pubblicato è stato quello dell'Università romana di Tor Vergata, a cui ben presto si è aggiunta Firenze.

DECRETO MINISTERIALE 739/94
Nel 1994 lo Stato ha formalmente riconosciuto, con il decreto ministeriale 739/94, l'autonomia e la responsabilità dell'infermiere, aprendo anche la strada alla formazione complementare. Il "profilo" professionale, quindi, intende definire l'identità professionale e l'assistenza infermieristica come un'attività che si rivolge alla totalità della persona e alla globalità dei suoi bisogni di salute, tenendo conto di fattori quali l'età del paziente, il suo ambiente, la particolarità delle situazioni.

Gli elementi del profilo professionale indispensabili per identificare una responsabilità in-

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 21

fermieristica possono essere evidenziati in questo modo:

- il comma 1 dell'articolo 1 fornisce una definizione di infermiere ed affida a tale professionista una responsabilità totale per quando riguarda l'assistenza generale infermieristica. E' questo il motivo principale, che sostiene tutto il profilo. All'infermiere viene demandata per intero la gestione dell'assistenza, in quanto lo si ritiene un operatore maturo, preparato e competente in una disciplina teorico-pratica che lo caratterizza e che, indiscutibilmente, ha acquisito dignità e importanza;
- il comma 2 elenca le macro-componenti dell'assistenza infermieristica e introduce, accanto alle parti più tradizionali dell'assistenza (prevenzione, cura e riabilitazione), anche l'assistenza palliativa. In ognuna delle macro-componenti si possono riconoscere delle sotto-componenti (tecnica, relazione, educazione), che solo per comodità analitica si intendono separate, ma che a livello di sintesi operativa sono difficilmente distinguibili e che da sempre fanno parte dell'essere infermiere, nonostante la tendenza a far coincidere la professionalizzazione con la sola componente tecnica. Se, quindi, il saper fare tecnico è l'elemento implicito e imprescindibile della cultura infermieristica, la capacità di instaurare relazioni di aiuto ed educative costituisce il necessario completamento che fa dell'infermiere un professionista a tutto tondo (l'essere infermiere).
- il comma 3 indica nel processo di nursing (pianificazione, intervento, valutazione) la principale attività infermieristica. Inoltre riconoscendo l'esistenza di bisogni di assistenza infermieristica e l'infermiere come colui che pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico consegna definitivamente all'infermiere lo status sociale e professionale lungamente atteso e perseguito, facendone un protagonista dell'area sanitaria.
- Sempre il comma tre contempla le modalità dell'operare infermieristico, stabilendo una sfera individuale e una collaborativa. L'elemento individuale rimanda a ciò che è lo specifico infermieristico, ossia il processo di assistenza e le sue fasi, che includono senz'altro l'elemento collaborativo, ma non intaccano l'autonomia gestionale del processo infermieristico. A sua volta, la collaborazione va intesa in senso lato, riguardano le figure operanti sia nel sociale sia nel sanitario. Un buon processo di cura e assistenza, infatti, si qualifica nell'incontro sinergico di differenti competenze e abilità e nella continuità temporale e qualificativa della presa in carico. E' inoltre prevista la presenza della figura infermieristica in ogni campo d'intervento sanitario, estendendola anche al di fuori del regime di lavoro dipendente, ossia come autonoma attività libero-professionale.
- Il comma 5 pone le basi per il superamento dell'infermiere unico e polivalente, prevedendo degli specifici percorsi post-base per la pratica specialistica, in cinque distinte aree:

  Infermiere di sanità pubblica, che ricalca in gran parte la tradizionale figura dell'assistente sanitario;

  Infermiere pediatrico, il cui raccordo con le figure tradizionali delle vigilatrici d'infanzia pone in realtà seri problemi, in quanto queste ultime hanno frequentato un corso di base, mentre la nuova figura dell'infermiere pediatrico è il risultato di un corso base più uno di specializzazione;

  Infermiere psichiatrico, figura che deve essere in alcun modo confusa con l'infermiere

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 22

psichiatrico operante nelle vecchie istituzioni manicomiali, non riconducibile alla professione infermieristica vera e propria;
Infermiere geriatrico;
Infermiere di area critica.

Bisogna tenere presente che la classificazione delle cinque aree di formazione post-base non sono le uniche che sono state coperte dai master universitari (numerosissimi) e che al momento non hanno avuto una reale copertura contrattuale. Anche lo stesso profilo prevede che in seguito a motivate esigenze emergenti dal Servizio sanitario nazionale potranno essere individuate ulteriori aree di formazione complementare.

LA LEGGE 42/1999

L'esercizio professionale dell'infermiere è stato storicamente regolamentato da fonti normative di carattere regolamentare: il c.d. mansionario. L'ultima versione è stata in vigore dal marzo del 1974 al febbraio del 1999.
La contemporanea esistenza, a partire dalla fine del 1994, del profilo professionale e del mansionario, aveva creato non pochi dubbi circa gli ambiti e lo svolgimento dell'attività professionale dell'infermiere.
A distanza di cinque anni dall'approvazione del profilo professionale, viene promulgata la legge 26 febbraio 1999, n. 42, Disposizioni in materia di professioni sanitarie, che risolve questi dubbi, poiché l'articolo 1 della legge prevede l'abrogazione del predetto mansionario, nonché di quelli dell'ostetrica e del tecnico sanitario di radiologia medica.
Il secondo comma dell'articolo 1 recita infatti: "…dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225…."
In pratica la legge 42/1999 ha riconosciuto ufficialmente la competenza degli infermieri circa lo svolgimento di funzioni che già erano da loro svolte, nonostante le prescrizioni riduttive del mansionario.
L'articolo 1 della predetta legge[d] reca una seconda disposizione che consiste nell'abolizione dell'attributo "ausiliare"dalla locuzione "professione sanitarie" per cui la denominazione "professione sanitaria ausiliaria" è sostituita da " professione sanitaria".

Il comma 2 dello stesso articolo colma, inoltre, il vuoto formalmente lasciato dalla duplice abrogazione del mansionario e della concezione del ruolo ausiliario di tali professioni indicando che:
"Il campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie ….. è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordi-

[d] Art. 1 :"Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con D.P.R. 14 marzo 1974, n° 225….Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n°502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali."

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 23

namenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario (da intendere ora come " laurea universitaria") e dei rispettivi corsi di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici…".
Se il mansionario era un indicatore di limiti, se la logica che lo ispirava era, in sintesi, quella del poter fare, inteso come autorizzazione a fare, ora il criterio ispiratore dell'attività professionale dell'infermiere è quello del dover fare tutto ciò che è contemplato nelle norme sopra citate, aggiornandosi per raggiungere tale obiettivo.

La legge 42/1999 al posto della tradizionale elencazione di attività consentite all'infermiere ha sostituito un insieme di criteri guida per l'esercizio professionale temperati da due criteri limite.

I **criteri guida** sono:
a) dal profilo professionale emanato con il D.M. 14 settembre 1994, n. 739;
b) dalla formazione di base e post base che l'infermiere riceve. Questa si ricava dagli ordinamenti didattici degli attuali corsi Universitari.
c) dai contenuti del codice deontologico approvato dalla Federazione nazionale dei Collegi IPASVI.

Il **criterio limite** per l'esercizio professionale dall'infermiere è dato dalle "competenze previste per le professioni mediche". Il riferimento non è di agevole interpretazione. La maggior parte degli interpreti della legge propone una lettura mista: l'attività medica vede alcune attività normate dalla legge e a queste si deve fare riferimento per i casi specifici. In generale nel silenzio della legge sulla definizione di "atto medico" si fa riferimento alle "conoscenze", alle "capacità" previste per la professione medica. Un atto è medico quando solo le capacità, le conoscenze e le abilità di un medico sono previste per risolvere un dato problema di salute o di svolgere una determinata attività.

La legge 42/1999 ha anche provveduto a rendere equipollenti i diplomi universitari con i diplomi precedentemente rilasciati dalle scuole infermieri professionali

LA LEGGE 251/2000
Un anno dopo l'entrata in vigore della legge 42/1999 un'altra importante legge si è occupata dell'esercizio e dell'inquadramento dell'infermiere: la legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione,della prevenzione nonché della professione ostetrica".
Tale documento si inserisce a pieno titolo nell'attuale contesto professionale, poiché rafforza e legittima l'autonomia e la responsabilità infermieristica, non solo a livello clinico -assistenziale ma anche a livello gestionale - organizzativo e formativo.

Due sono le innovazioni importanti introdotte con la legge 251/2000, una legata all'infermiere come professionista nella pratica quotidiana e l'altro come professionista dirigente aziendale.
Per il primo punto – per la prima volta in una legge ordinaria dello Stato – si stabilisce l'infermiere agisce con "autonomia professionale", che deve utilizzare "metodologie di piani-

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 24

ficazione per obiettivi" e che in seguito all'emanazione di linee guida ministeriali deve avere la "diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni". La legge precisa inoltre che l'infermiere deve rivedere l'organizzazione del lavoro per incentivare modelli di assistenza personalizzata.
Il comma 1 dell'articolo 1 cita: "gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche….. svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici e utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza". Come si evince chiaramente, il filo conduttore del rinnovato esercizio infermieristico è un comportamento orientato dal profilo professionale, dal codice deontologico e dall'ordinamento didattico.

L'altra importante innovazione prevista dalla legge 251/2000 è legata all'inquadramento dei dirigenti infermieri all'interno dei contratti della dirigenza. Non vi sono dubbi che questo è il punto più contrastato. Il riconoscimento che il responsabile del servizio infermieristico sia un dirigente aziendale al pari dei dirigenti medici ha portato a una serie di reazioni previste e prevedibili che non hanno però fermato l'attuazione della legge.

Non mancano gli aspetti negativi della legge. In particolare è da lamentarsi la mancata previsione dell'obbligatorietà dell'istituzione del Servizio infermieristico e della nomina del dirigente aziendale.
Non è positiva neanche la norma che prevede la soppressione di posti di altri dirigenti prima di provvedere all'istituzione di posti da dirigente infermieristico.

Il riconoscimento della titolarità dirigenziale del gruppo professionale a un professionista infermiere segna la fine della supremazia di altre figure professionali sul gruppo infermieristico.

LA LEGGE 43/2006
La legge 1 febbraio 2006, n° 43 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico - sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali" ha apportato innovazioni che meritano di essere approfondite.
La legge 43/2006 ha suddiviso i professionisti che operano in regime di lavoro dipendente in:

- Professionisti addetti all'assistenza, con titolo di laura o equipollente;
- Professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello nelle funzioni manageriali;
- Professionisti specialisti in possesso del master di primo livello nelle funzioni specialistiche;
- Professionisti dirigenti.

La novità più rilevante consiste senza dubbio nel riconoscimento della funzione specialistica, posto che la carriera gestionale è da sempre presente nella professione infermieristica anche

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 25

se con caratteristiche parzialmente diverse. La funzione specialistica e il suo riconoscimento invece è una situazione nuova quanto meno da un punto di vista legislativo.
La suddivisione della legge 43/2006 si pone in linea con le precedenti leggi e, in particolare, con la legge 42/99 che riconosceva come un professionista avesse un campo proprio di attività e di responsabilità anche in relazione alla formazione post-base. Qualche perplessità si può avere in relazione alla qualifica di specialista. Nel mondo medico il conseguimento di un master non dà diritto all'utilizzo del titolo di specialista, riservato solo a chi consegue il più lungo percorso legato alle scuole di specialità. E' comunque la prima volta che con chiarezza si individua un investimento sul percorso clinico. Dato che si rivolge sostanzialmente ai professionisti dipendenti, saranno i contratti collettivi nazionali di lavoro a dare corpo alla carriera clinica.

IL CODICE DEONTOLOGICO
Oltre al processo di evoluzione professionale e alle disposizioni legislative relative al sistema sanitario il Codice Deontologico rappresenta una coordinata fondamentale che può orientare l'attività di assistenza infermieristica in maniera da risultare non solo tecnicamente avanzata, ma anche consapevole, responsabile, etica.
Va ricordato che, mentre nel 1965 il Codice Internazionale di Etica dell'infermiera all'art. 7 dichiarava che: *"L'infermiera è tenuta ad eseguire gli ordini del medico in maniera intelligente e leale",* nel 1973 il Codice del Consiglio Internazionale delle infermiere indicò un cambiamento di rotta nel ruolo attribuito alle infermiere: la "*responsabilità primaria*" non è più nei confronti dei medici, ma dei pazienti e cioè *"di coloro che hanno bisogno della cura dell'infermiera*" richiamando allo stesso tempo ad una azione "*collaborativa con coloro che lavorano insieme a lei* ". Questa nuova prospettiva ha tra l'altro portato, in tempi diversi, all'adeguamento dei codici deontologici nei vari paesi e nel nostro Paese, prima nel 1977, poi nel 1999 e l'ultimo nel 2009.

Sono trascorsi dieci anni ricchi di vicende, di fatti, di ulteriori mete raggiunte e dell'acquisita maturità di un'identità professionale finalmente netta e definita nei suoi contorni.
L'infermiere non è più "l'operatore sanitario" dotato di un diploma abilitante ma "il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica". Un professionista che, in quanto tale e anche nella sua individualità, assiste la persona e la collettività attraverso l'atto infermieristico inteso come il complesso dei saperi, delle prerogative, delle attività, delle competenze e delle responsabilità dell'infermiere in tutti gli ambiti professionali e nelle diverse situazioni assistenziali.
Così la centralità dell'assistito è ora costantemente ribadita, per esempio,nei punti relativi a: i rapporti con la persona, informazione, il pluralismo etico, il consenso agli atti sanitari, l'autonomia e l'autodeterminazione dei pazienti, i dolori e i sintomi, il limite alle cure, il ruolo dei famigliari, il lavoro di équipe.

Il Codice è un insieme convenuto di regole e aspettative per orientare la pratica della professione (..) con la funzione anche di promuovere e mantenere gli standard etici di condotta professionale (Johnstone, 1999). Rappresenta da sempre un modello nel campo dei doveri professionali ma ora, dopo la nuova normativa della professione infermieristica, è anche un discorso sulla responsabilità. In particolare la legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 26

materia di professioni sanitarie" (che ha abolito il mansionario) all'art. 1 si precisa infatti che *"..il campo proprio di attività e di responsabilità sanitarie (…) è rappresentato dai contenuti degli specifici codici deontologici".* Questo contribuisce a rendere il Codice Deontologico sempre più uno strumento reale e un riferimento concreto per la professione.

A CHE COSA SERVE UN CODICE DEONTOLOGICO

Al solo scopo di dare una nozione enciclopedica, ricordiamo che il termine fu coniato da J. Bentham nel 1834: deriva da 'to deon', che si può tradurre ragionevolmente come ' ciò che deve essere e che si deve fare'.

Partendo da una delle molte definizioni valide, possiamo rimarcare che un Codice Deontologico contiene le esigenze etiche di una professione; e rappresenta con forza il suo elemento di identità, lo strumento attraverso il quale un professionista si presenta alla società; è anche, contestualmente, lo strumento che orienta e guida il professionista nelle scelte di comportamento, nel fornire i criteri per affrontare i dilemmi etici e deontologici, e certamente ha un elevato valore nel dare un senso etico alle caratteristiche azioni professionali.

Un codice deontologico è un corpo di regole che i professionisti si auto impongono rispetto ai doveri professionali. Un ambito di studio di tale ampiezza trova i suoi orizzonti concreti quando si coniuga il termine deontologia al campo dei doveri professionali. Un codice però non sostituisce la legge (che regola i comportamenti di ogni cittadino) o l'etica (che regola i comportamenti dell'uomo). Rappresenta invece:

una guida per affrontare alcune situazioni cliniche più problematiche,ma non è un ricettario né un mansionario! Esistono infatti alcuni fattori che non possono rendere standardizzabile l'assistenza e che sono inoltre motivo di complessità, come per esempio le caratteristiche dei singoli pazienti e le loro patologie, la crescente complessità degli atti sanitari, la molteplicità dei ruoli professionali, le caratteristiche delle strutture, le politiche sanitarie etc.

uno strumento per far crescere i professionisti e stimolare il confronto e la riflessione, oltre che spunto alla produzione di altri documenti all'interno di aree assistenziali specifiche.

Contribuisce inoltre a chiarire l'identità del gruppo di professionisti.

Sono **PRINCIPI** guida sottesi al codice deontologico:

- l'**AUTONOMIA**: rispetto per l'autodeterminazione del paziente e coinvolgimento del paziente nelle decisioni che lo riguardano;
- la **BENEFICIALITÀ**: orientamento al bene del paziente secondo i suoi valori e il suo interesse;
- la **NON MALEFICIALITÀ**: evitare ciò che nuoce o danneggia il paziente;
- la **GIUSTIZIA / EQUITA'**: opporsi a discriminazioni e ingiustizie e promuovere un'equa distribuzione delle (limitate) risorse.

I contenuti del Codice deontologico sono *"l'impegno dell'infermiere ad essere preparato; l'agire "se" e "quando" è preparato; il diritto/dovere a essere formato e al richiedere l'intervento di colleghi esperti o di altri professionisti come consulenti o erogatori di prestazioni nel caso in cui non si ritenga pronto ad eseguirle. Il codice impegna il professionista, ai vari livelli funzionali, anche verso l'organizzazione sanitaria nella quale agisce, in particolare col fine di buon uso delle risorse disponibili. Questo codice vuole diventare uno*

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 27

strumento di lavoro reale, supporto nel proporre modelli".[e]
Il Codice Deontologico si pone come alto strumento per perseguire la qualità dell'assistenza infermieristica e per manifestare le modalità cui gli infermieri vogliono impegnarsi,nell'agire professionale, per gli assistiti e l'intera collettività.
Le norme del Codice Deontologico fanno emergere a tutto tondo il profilo dell'infermiere italiano così come si è venuto delineando, sia sul piano giuridico, che dello status, che delle competenze, attraverso una straordinaria stagione di innovazione ed evoluzione professionale.

Oggi l'infermiere italiano è a tutti gli effetti un professionista della salute a cui ogni cittadino può rivolgersi in un rapporto diretto, senza mediazioni e con la possibilità di cogliere la grande opportunità di ricevere un'assistenza infermieristica professionalizzata,pertinente e personalizzata.
La relazione infermiere/assistito, rilevante e fondamentale per rispondere a esigenze di cura ed assistenza in costante e veloce evoluzione, si manifesta come una realtà significativa del sistema salute. Una realtà in grado di dare risposte innovative e competenti alla crescente domanda di percorsi assistenziali diversificati e di coniugare, sistematicamente e nel tempo, capacità di presa in carico, risposta strutturata ai bisogni dei singoli e della collettività, continuità assistenziale.

Anche attraverso le norme del Codice Deontologico, gli infermieri italiani manifestano l'impegno per un "saper essere" ad alta valenza etica, per un "saper assistere" ad alta valenza professionale e per attuarli al meglio ovunque.[f]

Storia del codice deontologico:
Il primo Codice delle infermiere in Italia risale al 1960. Esso non risulta strutturato in capitoli ma in una semplice sequenza di undici articoli.
Nella brevissima introduzione, di sole due righe, viene apertamente dichiarata la collocazione ideologica ed etica in cui dovrà riconoscersi ogni aspirante; si afferma infatti che "l'esercizio della professione sanitaria ausiliaria è al servizio della persona e si ispira ai principi del diritto e della morale naturale".
Il fondamento di questa morale è il "rispetto"; principio, questo, assoluto ed indiscutibile del finalismo naturale intrinseco in ogni processo biologico.
Emerge, inoltre, in questo Codice, una cultura paternalistica che vede il paziente obbediente e passivo nel trattamento terapeutico e assistenziale. Nell'art. 3 viene infatti affermato che le infermiere "… proteggono il malato, difendendone i diritti, in quanto uomo libero e intelligente che la malattia pone in uno stato di minorazione"; mentre, nell'art. 6 si dichiara che "le infermiere devono sostenere nel malato la fiducia verso il medico e verso ogni operatore sanitario".
Ma, il 25 giugno 1977, vie approvato dalla Federazione Nazionale dei Collegi il nuovo Codice

[e] Annalisa Silvestro, Presidente della Federazione Nazionale Collegi Ipasvi: in "L'infermiere", n.2/99

[f] Annalisa Silvestro, Presidente della Federazione Nazionale Collegi Ipasvi: Presentazione del Codice Deontologico 2009

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 28

Deontologico. A differenza del precedente, non vi è in esso alcuna dichiarata adesione di fede e i principi della morale naturale non sono più posti a fondamento della professione.
Dall'analisi dei contenuti traspare ancora, invece, che i principi che devono guidare l'operatore nell'esercizio della professione sono quelli della morale cattolica.
Tuttavia, globalmente emerge un'immagine più moderna e completa della professione; viene infatti attenuata la visione medicalizzante dell'infermieristica e, nel contempo, richiamata l'attenzione del professionista, oltre che sulla cura, anche sulla prevenzione e riabilitazione..
Inoltre, nell'accostamento alla persona assistita, vengono considerati importanti non solo gli aspetti sociali, ma tutte le interrelazioni antropologiche che la persona intrattiene col contesto sociale e familiare. Infine, viene riconosciuta una decisiva rilevanza all'aggiornamento professionale degli operatori; elemento, questo, strettamente connesso al progresso scientifico e sociale espresso dalla comunità di appartenenza.

Il terzo Codice risale al febbraio 1999. La sua approvazione - pressoché concomitante all'emanazione della Legge n. 42/99 relativa alle "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" - costituisce un evento assai importante per la professione infermieristica poiché identifica, tra i riferimenti che definiscono il campo di attività e responsabilità dell'infermiere, proprio il Codice Deontologico.Questo, emanato dopo 22 anni da quello precedente, riflette i cambiamenti che hanno interessato la società e la professione. Nello specifico il passaggio a livello universitario della formazione infermieristica; il processo di aziendalizzazione che ha investito e rinnovato la gestione dei servizi sanitari, introducendo principi di maggior responsabilità; la costituzione del Comitato Nazionale per la Bioetica e dei primi Comitati etici ospedalieri; l'approvazione di diverse disposizioni legislative valorizzanti la centralità della persona e la tutela dei suoi diritti all'interno delle istituzioni.
Pertanto, è in detto Codice che trovano risonanza molti dei cambiamenti culturali che hanno interessato la società italiana e la professione infermieristica negli ultimi anni.

Il filo conduttore in tutto il Codice è rappresentato dal rispetto del principio di "responsabilità" che si esprime nei confronti della persona assistita, della professione, delle istituzioni, dei colleghi e degli altri operatori.
In particolare, la responsabilità dell'infermiere si esprime nel coinvolgimento della stessa persona circa il processo assistenziale attraverso una corretta e completa informazione, accertandosi che la persona abbia compreso l'utilità dell'intervento e collabori al successo. D'altronde, il diritto del paziente all'informazione, il diritto ad esprimere il proprio consenso senza il quale gli interventi sanitari possono arrivare a configurarsi come illeciti, sono ormai parte della nostra cultura e rappresentano il risultato del riconoscimento che la società ha attribuito al principio di autodeterminazione, cioè al diritto di ogni persona ad essere artefice e protagonista del proprio progetto di vita e del proprio destino.

Pur nella sua capacità innovativa, detto Codice tuttavia deficita ancora di un completo e maturo rispetto del "pluralismo etico"; elemento, questo, importante per regolamentare i rapporti non solo con la persona assistita, ma anche tra i professionisti. In un determinato Codice, infatti, ogni infermiere – laico, cattolico, ateo, mussulmano, ecc. – deve potersi riconoscere.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 29

Il nuovo codice deontologico: un rapido commento

Il 12 febbraio 2008 il nuovo codice deontologico, presentato ufficialmente a Roma ai presidenti di Collegio provinciali ed ai presidenti o referenti delle associazioni professionali, ha iniziato a diffondersi tra gli Infermieri italiani.

Nel nuovo codice esistono passaggi di grande attualità: è un caso l'art 11, che ci ricorda come gli Infermieri devono progettare la propria formazione.
E' un grande passaggio generazionale, reso ufficiale, che ha superato per sempre la fase di non molti anni fa (peraltro purtroppo sempre presente in alcune realtà del Paese), quando la formazione e l'aggiornamento infermieristico erano riservati ai medici.
Sicuramente un indice della mentalità del tempo.

Sempre l'art 11 del NCI (nuovo codice degli Infermieri) sottolinea il valore della ricerca: oggi sono pochi gli Infermieri italiani impegnati nella ricerca, ma ci sono e tentano di affermare anch'essi una nuova sfera di professionalità acquisita.

Attualissimi sono gli articoli 15 e 25 che ci ricordano come l'Infermiere si astiene dal prendere parte alle sperimentazioni sui singoli, o il diritto del paziente di non essere informato sul suo stato di salute e malattia.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 30

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 31

2. LA FORMAZIONE

2.1 FORMAZIONE COMPLEMENTARE: LA SCUOLA AIOSS

L'infermiere enterostomista o stomaterapista o E.T. (dal termine anglosassone Enterostomal Therapist) è un'infermiere in possesso di conoscenze e competenze tecniche e comportamentali specifiche che lo abilitano a fornire prestazioni assistenziali e riabilitative alla persona a cui è stata confezionata una stomia digestiva, intestinale-urinaria e/o affetta da incontinenza uro-fecale.

Le funzioni dell'infermiere enterostomista sono sancite dal D.M. n°739 del 14/09/1994. Possono essere riassunte in:

- Clinico-assistenziale: fornendo un'assistenza globale e personalizzata durante il ricovero ospedaliero, per poi continuare nel centro stomizzati con l'obiettivo di garantire al paziente stomizzato il più alto grado di autonomia, contribuendo a migliorare la qualità della di vita. A tale proposito è indispensabile che l'E.T. pianifichi l'intervento assistenziale – riabilitativo personalizzandolo ai bisogni di ogni singolo paziente, interagendo anche con i familiari e instaurando un rapporto di reciproca fiducia.
- Consulenze: l'enterostomista opera in strutture ospedaliere, sanitarie e presso ambulatori. Presta opera di consulenza laddove sia interpellato dai colleghi delle altre U.O. Inoltre deve collaborare attivamente con le strutture sanitarie territoriali, ad esempio l'ADI, per portare la propria opera assistenziale laddove esistano pazienti che, per l'aggravarsi della malattia, non possono raggiungere le strutture ospedaliere preposte.
- Educativa: questa funzione si esplica principalmente nei confronti della persona stomizzata e dei familiari.
- Ricerca: aspetto fondamentale per la crescita della professione. In ambito infermieristico migliora e ridefinisce i modelli assistenziali, che promuovono l'evoluzione della stomaterapia, disciplina riconosciuta dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI. Contribuisce in prima persona alla formazione permanente del personale infermieristico e si pone come riferimento specialistico per gli studenti.

La formazione di base dell'infermiere è per sua natura di tipo generale perché prepara i professionisti ad intervenire nella generalità delle situazioni prevedibili. Il processo di rinnovamento istituzionale della sanità italiana, teso a migliorare la propria capacità di risposta al cittadino-cliente, pone in evidenza il cambiamento organizzativo, il quale è determinato dalla "risorsa professionale" e dall'integrazione tra diverse professionalità che consentono di valorizzare e dare continuità al processo terapeutico.

Alcuni contesti di lavoro, richiedono in modo preminente agli operatori il possesso di particolari capacità sostenute da conoscenze, in altre parole di un sapere – agire assistenziale nell'area di bisogni espressi e/o correlati a situazioni di salute specifiche e peculiari.
In tale scenario la professione infermieristica è chiamata ad operare secondo precise competenze e responsabilità, che presuppongono una visione globale e complessiva dei problemi

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 32

di salute da considerare per implementare interventi assistenziali generali che, se associati a "prestazioni specialistiche", richiedono il possesso d'abilità cognitive e clinico pratiche, non perseguibili attraverso la sola "esperienza".
Il numero sempre maggiore di professionisti atti ad assistere la persona portatrice di stomia e/o incontinenza uro-fecale, la necessità di codificare e formalizzare il lavoro che era svolto quotidianamente, l'interscambio di esperienze personali a livello nazionale e internazionale tra operatori dediti allo stesso tipo di paziente portò nel 1982 un gruppo di infermieri ad unirsi in un'unica associazione: nacque l'A.I.O.S.S. (Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia).

L'A.I.O.S.S è un'associazione infermieristica, senza fini di lucro, apolitica, regolata da uno statuto, cui aderiscono Infermieri Stomaterapisti, Medici, ed altri Professionisti che svolgono la loro attività nel settore della cura – assistenza – riabilitazione della persona con stomia derivativa ed incontinenza uro-fecale.
Inoltre l'A.I.O.S.S. è membro ufficiale del W.C.E.T. (Word Council of Enterostomal Therapist), organismo statutario che raggruppa tutte le Associazioni Internazionali degli Infermieri del settore stomia ed incontinenza cui aderiscono 70 Paesi di tutto il mondo.

Gli obiettivi dell'Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia possono essere riassunti in:

- unire differenti figure professionali dedite all'assistenza e riabilitazione del paziente stomizzato e/o con incontinenza uro-fecale;
- sensibilizzare e informare gli associati sui problemi connessi alla professione infermieristica e aggiornamento continuo sulle metodiche riabilitative;
- formare nuovo personale dedito all'assistenza alla persona portatrice di stomia e/o incontinenza uro-fecale, attraverso la scuola di formazione per E.T.;
- promuovere la ricerca nel campo della stomaterapia e incontinenza, grazie anche alla collaborazione delle varie ditte farmaceutiche operanti nel settore degli ausili per stomia;
- promuovere congressi annuali dove approfondire le proprie conoscenze e dove mettere a disposizione di altri professionisti il proprio sapere;
- garantire alle persone portatrici di stomie ed incontinenza su tutto il territorio Nazionale, un'assistenza e riabilitazione qualificata da parte di Professionisti competenti;
- promuovere la cultura in Stomaterapia a tutti gli infermieri ed alle Istituzioni che erogano prestazioni sanitarie.

Il Corso di Formazione Infermieristica Complementare per l'assistenza in stomaterapia, colonproctologia e riabilitazione dell'incontinenza uro-fecale, rappresenta un elemento formativo per lo sviluppo di competenze professionali specifiche, per essere in grado di operare in quest'ambito, in cui è necessario adottare e gestire strategie assistenziali valide ed adattate alla peculiarità dei problemi della persona assistita in modo permanente, efficace, efficiente ed integrato nel piano delle cure globali ed in équipe.

Il metodo utilizzato per la redazione del progetto formativo, ha seguito un approccio basato sull'individuazione dei problemi di salute prioritari nelle varie fasce d'età della persona cui

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 33

è stata allestita una stomia, è affetta da patologie anorettali, è portatrice d'incontinenza urinaria o fecale.

Il corso si articola in Unità Formative:
- assistenza alla persona con stomia digestiva e intestinale;
- assistenza alla persona con stomia urinaria;
- assistenza alla persona con malattie del distretto ano rettale;
- assistenza e riabilitazione della persona con incontinenza urinaria o fecale;
- Wound Care, fistole, ricerca infermieristica;
- metodologia professionale, sistema informativo e strumenti di processo.

Il corso ha la durata di un anno accademico ed è strutturato in 1000 ore complessive, suddivise in:
- 260 ore di attività didattica teorica
- 200 ore di attività di tirocinio pratico attraverso la frequenza in ambulatori e centri specialistici
- 500 ore di studio di tipo tradizionale, guidato, interattivo
- 40 ore verifiche intermedie e finali, discussione tesi di fine corso

Il corso è organizzato in due Unità di apprendimento:
- 1° Modulo: gestione del paziente con stomia intestinale e patologie proctologiche, riabilitazione dell'incontinenza fecale e della stipsi;
- 2° Modulo: gestione del paziente con stomia urinaria e fistole enteriche, riabilitazione dell'incontinenza urinaria.

Per ogni modulo teorico e pratico viene richiesto l'accreditamento ECM.
Gli ambiti di tirocinio rappresentano l'aspetto saliente della formazione, prevedono esperienze guidate in servizi dedicati alla stomaterapia, alla coloproctologia ed alla riabilitazione dell'incontinenza uro-fecale.
La clinica pratica è svolta presso reparti di chirurgia, urologia, coloproctologia e presso ambulatori di riabilitazione stomale, coloproctologici, di riabilitazione dell'incontinenza urinaria e fecale.
In ogni unità operativa in cui si effettua la clinica pratica, è presente un infermiere stomaterapista senior, per ogni 2-3 studenti, che ha frequentato un corso riconosciuto dal Comitato Educativo del Consiglio Mondiale degli Stomaterapisti W.C.E.T. e che assume la funzione di tutor e d'organizzazione dell'attività pratica secondo le linee guida fornite dal responsabile del corso.

Il corso si propone di fornire ai partecipanti le conoscenze e le competenze per essere in grado di:
- riconoscere, rilevare e documentare i bisogni globali del paziente con stomia digestiva, intestinale, urinaria, patologie coloproctologiche, incontinenza funzionale uro-fecale;
- gestire ed erogare le attività assistenziali riabilitative di natura tecnica, clinica, relazionale, educativa rivolte al paziente con stomia nelle diverse fasi del processo terapeutico riabilitativo;

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 34

- gestire ed erogare le attività assistenziali riabilitative di natura tecnica, relazionale educativa rivolte al paziente con incontinenza uro-fecale;
- svolgere le attività assistenziali rivolte al paziente con patologie ano-rettali in autonomia e collaborazione con altri professionisti nelle diverse fasi del processo diagnostico terapeutico;
- gestire in autonomia ed in collaborazione le procedure preventive e curative delle lesioni cutanee di natura vascolare e da compressione;
- individuare ed utilizzare le risorse ed i materiali disponibili secondo criteri d'efficacia e d'efficienza;
- svolgere le attività di propria competenza autonomamente ed in collaborazione con altri professionisti promuovendo il lavoro d'équipe.

Al termine del percorso teorico pratico, lo studente sostiene un esame, finalizzato alla valutazione complessiva dell'apprendimento.
L'esame consiste in:

- Prova scritta
- Prova pratica su manichino
- Dissertazione di tesi d'esame.

Il progetto formativo, definito sulla base delle indicazioni contenute nelle linee guida per la formazione complementare redatte dalla Federazione Nazionale dei Collegi I.P.A.S.V.I. e dal Comitato Educativo del Consiglio Mondiale degli Stomaterapisti W.C.E.T., ha ottenuto l'egida e la certificazione dagli organismi sopraccitati, a conferma della validità e della coerenza con gli obiettivi nazionali e mondiali della formazione complementare in questo settore. Inoltre, a partire dall'anno 2005, AIOSS è risultato conforme ai requisiti dello standard EN ISO 9001 per la progettazione ed erogazione di corsi di aggiornamento e formazione in ambito sanitario.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 35

2.2 REGOLAMENTO DI FUNZIONAMENTO DEL CORSO DI MASTER UNIVERSITARIO DI I LIVELLO PER STOMATERAPISTI E RIABILITATORI DI INCONTINENTI

In questi ultimi dieci anni, tre grossi macro sistemi, riconducibili alla realtà Sanitaria, sono stati radicalmente modificati: l'Università, il Sistema Sanitario Nazionale e le Professioni Sanitarie. Il disegno del legislatore è chiaro e nello stesso tempo coerente con i cambiamenti legati ai bisogni prioritari di salute della popolazione. La collettività infermieristica, nello sviluppo non solo formativo ma anche culturale, è riuscita a far prevalere principi come l'Autonomia e la Responsabilità, superando così numerosi ostacoli che rallentavano in passato l'evoluzione degli aspetti sintattici e procedurali.

Facendo un'attenta analisi del cambiamento avvenuto, per gli Infermieri si aprono numerose porte nuove; purtroppo molti colleghi sono ancora restii nell'apprendere l'inversione di tendenza e culturale. Grazie ai nuovi percorsi formativi universitari è possibile erogare formazione avanzata e nello stesso tempo delineare il nuovo campo d'azione e la competenza specifica dell'operatore sanitario. In sostanza l'Infermiere diventa l'agente del cambiamento. "L'Infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca al fine di migliorare la sua competenza…" (art. 3.1. Codice Deontologico) proprio per raggiungere quello che è l'obiettivo primario della sua professione: un'assistenza infermieristica di qualità, che richiede un impegno sistematico e continuo di aggiornamento e orientato delle nostre competenze.

La Raccomandazione del Consiglio d'Europa sulla **Formazione complementare degli infermieri** (n. 83-5), emanata il 26 maggio 1983, afferma che «la qualità dell'assistenza infermieristica può essere migliorata con una *Formazione complementare*, particolarmente nei campi delle specialità cliniche, dell'insegnamento, dell'assistenza infermieristica e dell'amministrazione dell'assistenza e servizi infermieristici».
La Raccomandazione afferma inoltre che «migliorando la qualità delle cure ospedaliere e rinforzando il ruolo delle cure di sanità primaria» si può avere una riduzione delle spese in questi specifici settori.

In Italia la legge 1098/40, articolo 3, introduce la *Formazione complementare*, ma con gli anni le modificazioni normative e organizzative nell'ambito della formazione e dell'organizzazione politico-sanitaria, hanno visto questa formazione spesso frammentata e non orientata a contenuti disciplinari e operativi propri.
L'attivazione dei *Diplomi Universitari* prima e la successiva emanazione di disposizioni riferite alla programmazione, all'integrazione e all'accreditamento costituiscono oggi la realizzazione di quanto affermato dai Decreti legislativi 502/92 e 517/93, oltre che il raggiungimento di un importante obiettivo per la professione infermieristica.

Il successivo Dm 739/94 individua cinque aree di Formazione specialistica:
1 SANITÀ PUBBLICA: Infermiere di Sanità pubblica
2 PEDIATRIA: Infermiere pediatrico

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 36

3 SALUTE MENTALE-PSICHIATRIA: Infermiere psichiatrico
4 GERIATRIA: Infermiere geriatrico
5 AREA CRITICA: Infermiere di Area critica

Nell'ambito di queste aree formative si inserisce il Corso di Master Universitario di I livello per "Stomaterapisti e riabilitatori di incontinenti", il quale è rivolto ai Laureati o Diplomati in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione, in Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione ed in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche, che desiderano approfondire le proprie conoscenze, nell'ambito della stomaterapia e della riabilitazione dell'incontinenza sfinterica, in tutte le discipline dove essa potrebbe essere svolta: chirurgia, urologia, ginecologia, ortopedia, neurologia, geriatria e che intendono svolgere l'attività lavorativa presso i Centri per l'assistenza e la riabilitazione delle persone stomizzate ed incontinenti. Infatti, soprattutto in questi ultimi anni, si stanno moltiplicando nei vari istituti universitari, negli ospedali, sul territorio e presso strutture private, gli ambulatori ed i centri specializzati dedicati agli stomizzati, anche in virtù di legislazioni regionali (Veneto, Piemonte ed Abruzzo) che li stanno valorizzando, affermandone l'obbligatorietà e regolandone il funzionamento mediante l'utilizzo di personale adeguatamente qualificato in ambito universitario.
Tale Master, con diverso nome, è attivo presso diverse Università italiane come l'Università La Sapienza di Roma, l'Università di Padova, l'Università di Genova, l'Università di Napoli.
Generalmente il corso di Master in Stomaterapia ha la durata di 1.500 ore tra attività in aula, attività pratiche e ore di studio, pari a 12 mesi. Al corso sono attribuiti 60 CFU.

L'attività didattica è ripartita in 4 Moduli così suddivisi:

I Modulo:	
La gestione dei percorsi clinico assistenziali delle stomie e delle incontinenze:	17 CFU
II Modulo:	
La gestione medico chirurgica delle stomie delle incontinenze	18 CFU
III Modulo:	
Infermieristica basata sull'approccio psicologico educativo	13 CFU
IV Modulo:	
La gestione dei percorsi riabilitativi delle stomie e delle incontinenze	12 CFU

La valutazione dello studente comprende l'accertamento delle competenze acquisite a conclusione di ogni singolo modulo e la verifica dell'attività degli stage svolti. La prova finale del master consiste nella dissertazione di un elaborato scritto.
Gli studenti del Master dovranno acquisire approfondite conoscenze anatomiche e fisiopatologiche riguardanti gli apparati digestivo ed urogenitale, nonché le funzioni sfinteriali. Dovranno conoscere le metodiche di studio degli apparati suddetti, nonché le metodiche di riabilitazione delle patologie stomali e dell'incontinenza sfinteriale. Dovranno inoltre conoscere le metodiche diagnostiche e saper applicare le metodiche assistenziali e riabilitative e saper risolvere in équipe i problemi collaborativi. Dovranno inoltre saper gestire un ambulatorio specialistico per le stomie e le incontinenze, dotandosi di un'adeguata cultura informatica ed amministrativa.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 37

3. LE ASSOCIAZIONI IN ITALIA E NEL MONDO

A.I.O.S.S.: impegno per lo sviluppo professionale in Italia

Era l'anno 1982 quando un gruppo di tenaci professionisti, volti a migliorare la loro crescita professionale e a formarsi attraverso l'aggiornamento costante e continuo, costituirono l'**Associazione Italiana degli Operatori Sanitari in Stomaterapia**; l'A.I.O.S.S.
Il Primo Presidente dell'associazione fu Gian Carlo Canese seguito da Franca Masi e Giuseppe Torricelli. Dal 1994 il timone dell'associazione è affidato a Gabriele Rastelli, che con la sua tenacia e forza di volontà, ha saputo portare questa compagine ai vertici dell'infermieristica italiana.

L'Aioss è un'associazione infermieristica, senza fini di lucro, apolitica, regolata da uno statuto, a cui aderiscono infermieri, stomaterapisti, medici e altri professionisti che svolgono la loro attività nel settore della cura, assistenza e riabilitazione alla persona con stomia e/o incontinenza.

Ora, a distanza di tanti anni, l'Associazione è cresciuta sia in termini di competenza che in termini di professionalità. Sì perché, se inizialmente l'Aioss era nata nella stomaterapia, pian piano ha ampliato le conoscenze e le competenze agli ambiti specifici della riabilitazione delle disfunzioni del pavimento pelvico e successivamente alla coloproctologia.

La mission dell'Associazione è volta a migliorare la formazione professionale garantendo un'assistenza sempre più mirata e personalizzata rivolta alle persone stomizzate e che necessitino di riabilitazione uro-fecale. Tutte le attività promosse dall' Associazione, sono finalizzate a un miglioramento efficace della qualità assistenziale per garantire uniformità rispetto gli standard assistenziali sul territorio nazionale, efficacia e coerenza nonché soddisfazione del paziente e dell'operatore stesso.
La valorizzazione della professione, rappresenta la caratteristica pregnante dell'Associazione in quanto lo stesso diviene "professionista e protagonista" del progetto assistenziale; assistere, formare e migliorare sono i termini chiave con cui Aioss opera nella quotidianità dando particolare attenzione allo sviluppo professionale. Quest'ultimo inteso come agire ragionato, alla luce delle più recenti evidenze scientifiche per operare in sicurezza e uniformità. A tale proposito va ricordato che l'Associazione organizza attualmente il "Corso nazionale di formazione infermieristica complementare in stomaterapia, coloproctologia e riabilitazione delle disfunzioni del pavimento pelvico" con lo scopo di far conseguire all'infermiere, abilità specifiche per svolgere la professione di stomaterapista.

In sintesi, gli obiettivi che l'Associazione si pone per operare al meglio sul territorio nazionale:

- Promuovere la cultura in stomaterapia a tutti gli Infermieri ed alle istituzioni che erogano prestazioni sanitarie
- Garantire alle persone portatrici di stomia ed incontinenti su tutto il territorio nazionale un'assistenza qualificata da parte di professionisti competenti
- Formare infermieri competenti nell'assistenza e nella gestione delle problematiche fisiche, psichiche e sociali della persona stomizzata e/o incontinenti

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 38

- Stimolare e favorire la ricerca infermieristica in ambito clinico per dare evidenza scientifica all'agire professionale
- Rilevare il numero e le tipologie delle prestazioni per formalizzarne qualità e quantità delle attività infermieristiche erogate e negli ambiti della stomaterapia e riabilitazione dell'incontinenza
- Socializzare con tutti gli associati, eventi, esperienze, proposte e programmi per promuovere l'evoluzione delle conoscenze e lo sviluppo professionale

L'Associazione è membro ufficiale del W.C.E.T. (Consiglio Mondiale degli Stomaterapisti) che raggruppa tutte le associazioni internazionali degli infermieri del settore, nonché del E.C.E.T. (Consiglio Europeo degli Stomaterapisti) organismo che raggruppa tutte le associazioni europee del settore. Collabora con la F.A.I.S. (Federazione delle Associazioni Incontinenti e Stomizzati) nella promozione, organizzazione e gestione di progetti formativi volti al raggiungimento del benessere della persona stomizzata e/o incontinente.

Il sito internet www.aioss.it è stato creato appositamente per tenere costantemente aggiornate tutte quelle persone che desiderano mettersi in contatto con l'Associazione, tenersi informate rispetto le novità in ambito educativo e collaborare con la stessa per apportare novità, consigli utili e opinioni. Il sito inoltre, rappresenta una grossa opportunità per iscriversi all'Associazione; all'Associazione possono essere iscritti: infermieri, stomaterapisti, medici e tutte quelle persone che si interessano di stomaterapia, coloproctologia e incontinenza.

Annualmente, l'Associazione mette in atto strategie diverse per il conseguimento di progetti che portano alla realizzazione di strumenti operativi, utilizzabili dal professionista nell'agire quotidiano. Vediamo dunque come l'Aioss non è sinonimo di staticità ma bensì di progresso, innovazione e novità. Ogni singolo professionista è impegnato affichè lo sviluppo della formazione non si arresti e l'Associazione rimane un faro stabile e abbagliante in questo importante progetto.

W.C.E.T.: MISSION e PROGRAMMA EDUCATIVO

Allargando il confine associazionistico italiano, si spazia a quello mondiale. Trae le sue origini nel 1978, come organismo che raggruppa tutte le associazioni internazionali degli infermieri stomaterapisti. Stiamo parlando del **W.C.E.T.**: il Consiglio Mondiale degli Stomaterapisti. (**World Council of Enterostomal Therapist**)
Il WCET è stato formalmente fondato il 18 maggio 1978, quando 30 stomaterapisti, in rappresentanza di 15 Paesi mondiali e 20 rappresentanti delle industrie dedicate alla produzione di presidi stomali, hanno partecipato assieme al primo congresso mondiale tenutosi a Milano.

A tale proposito, Norma N Gill dagli Stati Uniti è stata la prima presidentessa W.C.E.T.
Il W.C.E.T. ha festeggiato i suoi 30 anni di progresso in Stomaterapia nel 2008 ed è orgogliosa degli standard attualmente offerti in management infermieristico volta all' 'assistenza del paziente stomizzato.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 39

Il W.C.E.T.si impegna a soddisfare le esigenze dei pazienti e operatori sanitari, ed è focalizzata sulla fornitura di un forum globale per il dibattito internazionale, la discussione e le idee.
Il W.C.E.T. inoltre, incoraggia attivamente i membri a contribuire al progresso professionale, a condividere le più recenti evidenze cliniche in ambito assistenziale e promuove la partecipazione attiva al Congresso W.C.E.T. che biennalmente, viene ospitato in località mondiali diverse.

Di sotto elencate, le località che fin' ora hanno ospitato questo importante evento:

1978	Milano,	Italia
1979	Düsseldorf,	Germania
1980	Cleveland,	Ohio, USA
1982	Monaco di Baviera,	Germania
1984	Transkei,	Sud Africa
1986	Perth,	Australia
1988	Gothenburg,	Svezia
1990	Toronto,	Canada
1992	Lione,	Francia
1994	Yokohama,	Giappone
1996	Gerusalemme,	Israele
1998	Brighton,	Inghilterra
2000	Singapore,	Singapore
2002	Firenze,	Italia
2004	Florianopolis,	Brasil
2006	Hong Kong,	Cina
2008	Lubiana,	Slovenia
2010	Phoenix,	Arizona, Stati Uniti

Nel 2012 sarà Adelaide, South Australia, ad ospitare il W.C.E.T.

Tante località diverse dunque, per dare la possibilità ai professionisti, oltre a interagire con usi e costumi del luogo, di potersi confrontare con modi di agire che alle volte divergono ma pur sempre tengono conto della centralità del paziente nel processo di cura.

Negli ultimi 30 anni infatti, l'Associazione ha subito una forte evoluzione diventando una componente importante non solo per la cura della stomia ma, allargando i suoi confini, si occupa di argomenti come il wound-care e trattamento dell'incontinenza.
Arriviamo dunque alla mission dell'Associazione che si pone come obiettivo core quello di guidare e garantire il progresso globale di specializzazione infermieristica e professionale volta alle persone stomizzate, incontinenti e che necessitano di assistenza da personale competente anche in wound-care.
Il W.C.E.T. infatti è considerato leader mondiale nella cura della stomia ed è riconosciuta ufficialmente come organizzazione mondiale per i fornitori di presidi stomali, wound-care e incontinenza.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 40

Come ogni organizzazione mondiale che si rispetti, la stessa è fondata su valori fondamentali che andiamo ad elencare:

- Di fondamentale importanza il rispetto per la diversità e la dignità individuale di ogni persona senza giudizi o pregiudizi a carico dell'assistito;
- Integrità e adesione a un codice deontologico riconosciuto da tutti;
- Comunicazione, intesa come promuovere la collaborazione tra i membri dell'Associazione facendo si che le informazioni siano trasparenti, chiare, complete e soprattutto volte al benessere dell'assistito;
- Cura olistica della persona: essa comprende non solo la cura per il corpo, ma anche la cura della mente e dello spirito
- Approccio scientifico: con l'avanzamento della ricerca e della Evidence-Based Nursing, l'Associazione fa da garante a un'istruzione specializzata e sicura che si basa sulle più recenti evidenze scientifiche.

A tale proposito, si può parlare di vero e proprio programma educativo che questa grandissima compagine mondiale mette a disposizione per i professionisti allo scopo di informare, migliorare e innovare le prestazioni cliniche.
Sono stati creati dei programmi specifici di formazione che riguardano rispettivamente la stomaterapia, la stomaterapia e il wound care, la stomaterapia e il trattamento dell'incontinenza.

E 'importante sottolineare come al mondo la figura dello stomaterapista sia chiamata in diversi modi a seconda della specializzazione che tratta, sia essa stomia, wound care o incontinenza (es. Stoma Care Nurse, Stomal Therapy Nurse, Wound Ostomy andContinence Nurses) e abbia una formazione che varia a seconda del programma formativo di ogni Paese.
Proprio per questo motivo la WCET ha creato un programma educativo che ha come mission quello di guidare l'avanzamento della specializzazione dello stomaterapista, denominato Enterostomal Therapist, attraverso dei programmi specifici di apprendimento che garantiscano un elevato livello di conoscenze in materia.
Questi programmi specifici vengono identificati con l'acromino ETNEP (Enterostomal Therapy Nursing Education Programs) che preparano il professionista a gestire problematiche inerenti la stomaterapia, il wound care e il trattamento dell'incontinenza.

I suddetti programmi sono così costituiti:

- Programma educativo inerente la stomaterapia prevede 55 ore di teoria e 55 ore di pratica;
- Programma educativo di wound care applicato alla stomaterapia prevede 110 ore di teoria e 110 di pratica;
- Programma educativo di stomaterapia e incontinenza prevede 110 ore di teoria e 110 di pratica.

Vediamo dunque, come il professionista abbia l'opportunità di scegliere tra svariate proposte formative potendo così soddisfare le proprie esigenze conoscitive. Da non dimenticare il sito internet www.wcetn.org grande risorsa per il professionista ove può attingere informazioni rispetto il proprio percorso formativo, condividere esperienze o semplicemente essere al

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 41

corrente di ciò che al mondo accade. Il sito internet offre inoltre la possibilità di iscrizione alla WCET.

Questa grande Associazione mondiale quindi, mette al centro della stessa il professionista, valorizzandolo e creando opportunità di crescita formativa nonché professionale.
Attuale presidentessa della WCET è la signora Louise Forest Lalande.

E.C.E.T: FILOSOFIA E OBIETTIVI

L ' **E.C.E.T.** (**European Council of Enterostomal Therapy**) è l'organismo che raggruppa tutte le associazioni europee del settore: è dunque il Consiglio Europeo degli Stomaterapisti. Nasce nel 2003 per sviluppare interazione e integrità tra tutti gli infermieri europei e gli operatori sanitari dediti alla cura della stomia; l'associazione è amministrata dal Consiglio che è composto da almeno 4 amministratoti eletti dai membri effettivi.
L' E.C.E.T. elegge tra i suoi membri i soggetti che andranno a ricoprire le cariche di Presidente, Vice Presidente / Segretario, Tesoriere e addetto alle pubbliche relazioni; il mandato ha durata quadriennale.

Sono molteplici e di pregnante importanza, gli obiettivi su cui si fonda tale associazione. In particolar modo il core dell'associazione sta nell' abbattimento delle barriere nazionali per creare un identità professionale comune.

Questi gli obiettivi specifici:

- promuovere il confronto e agire in maniera uniforme su problemi di interesse comune;
- promuovere lo scambio di informazioni e stabilire sistemi di comunicazione che siano efficaci in tutto il territorio europeo per garantire degli standards assistenziali di elevata qualità;
- sviluppare abilità educative e di insegnamento che siano condivise dalla comunità;
- promuovere aggiornamenti, meeting e corsi di formazione per garantire un costante aggiornamento professionale dell'operatore al fine di fornire un'assistenza basta sulle più recenti evidenze scientifiche. Con scadenza biennale infatti, l'Ecet è impegnata nell'organizzazione del Congresso Europeo degli stomaterapisti che si tiene in diverse località europee a seconda delle decisioni del consiglio. Questo, rappresenta una grande opportunità di confronto per lo stomaterapista che ha la possibilità di confrontarsi con le altre realtà esistenti e portare il proprio contributo professionale in termini di crescita nel management infermieristico del paziente portatore di stomia;
- promuovere la ricerca infermieristica e la condivisione, nonché la diffusione delle conoscenze, su tutto il territorio Europeo;
- garantire all'operatore un costante sostegno professionale volto al personale sviluppo e miglioramento in termini di qualità assistenziale;
- stabilire il riconoscimento degli infermieri stomaterapisti a livello europeo;
- favorire i contatti e la collaborazione con l'industria o produttori, distributori o organismi ufficiali con l'obiettivo di migliorare la qualità dei vari dispositivi;
- cooperare insieme e in sintonia per elaborare e divulgare su tutto il territorio europeo strumenti educativi di interesse comune volti al soddisfacimento dei bisogni educativi dei pazienti.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 42

L'ECET, come le altre associazioni viste in precedenza, incoraggia l'educazione permanente, così come la comunicazione e la collaborazione tra i suoi membri per creare coesione e uniformare i comportamenti in ambito assistenziale.
Il sito internet dell'associazione, www.ecet-stomacare.org, permette a tutti coloro che lo desiderano di essere costantemente informati rispetto l'agire della stessa inoltre il sito rappresenta un'ottima opportunità di interazione e di scambio professionale. Infine il sito da la possibilità di iscriversi all'ECET.
Attuale Presidentessa di questa importante compagine europea è la signora Rosine Van den Bulck.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 43

4. INFERMIERE STOMATERAPISTA: UN PO' DI STORIA

La storia è importante per chiarire la direzione del nostro cammino professionale. Per comprendere meglio per quali vie si è formata la nostra conoscenza, dobbiamo conoscere noi stessi e la nostra professione, per organizzare il presente e preparare al meglio il futuro.
Il termine stomia compare per la prima volta nel dizionario della lingua italiana, nel 1939. Termine di derivazione greca (stoma = bocca), che sta ad indicare la costituzione di una comunicazione tra un organo interno cavo con l'esterno, fissato sulla cute addominale. Il termine stomizzato compare per la prima volta nel dizionario della lingua italiana nel 1982, e va a sostituire in un linguaggio professionale moderno, l'antiquato termine "portatore d'ano artificiale".

Esistono testimonianze di stomie intestinali già intorno al 350 a.C.. Nell'Antico Egitto per sopperire a gravi complicanze metaboliche, venivano già confezionate fistole intestinali che permettevano la sopravvivenza al malcapitato.
Dobbiamo arrivare al 1500 per trovare Paracelso che sosteneva con decisione che il confezionamento di fistole era una metodica insostituibile per evitare l'exitus del paziente in caso di forme occlusive dell'intestino. Ma solo nel 1710 il Dr.Alexis Littrè suggerì il ricorso alla colostomia per i casi di ano imperforato; tanto è vero che tale intervento, porta ancora oggi il suo nome. Nel 1756 William Cheselden, chirurgo londinese, descrisse in modo accurato il caso di Margaret White, una sua paziente, che presentò un'ileostomia spontanea in seguito ad uno strangolamento erniario con necrosi dell'ansa intestinale interessata. La sua descrizione rappresenta forse il primo documento storico in cui si evidenziò la remota possibilità di esteriorizzare un tratto dell'intestino alla cute addominale tanto da permettere al paziente di rimanere in vita se pur in condizioni infelici. Infatti risulta che la paziente raccogliesse le proprie deiezioni in una scatola di legno, ripiena di stracci e fissata all'addome per mezzo di cinghie di cuoio.
Possiamo ipotizzare che questo fu il primo blando tentativo di presidio di raccolta della storia.

Testimonianza sulla validità dell'intervento di Littrè, si ha nel 1793 quando il Dr. Duret, confezionò la prima colostomia in fossa iliaca sinistra ad un piccolo paziente che presentava atresia ano-rettale. La prima ileostomia risale al 1797 quando il Dr. P.Fine di Montpellier, la confezionò a scopo palliativo, ad un paziente occluso.
Con l'affinarsi della tecnica chirurgica e l'avvento delle comuni norme di asepsi, gli interventi sulla cavità addominale, non presentarono più grossi rischi per cui il confezionamento di colostomie sul sigma, divenne una procedura sempre più utilizzata. Siamo nel 1894 e possiamo ricordare tra gli altri Jannel, Gondier e Hartmann, come coloro che perfezionarono tale tecnica chirurgica.

Miles, agli inizi del '900, fu il primo ad eseguire l'intervento di amputazione del retto per via addomino-perineale. Tale intervento prevedeva l'inevitabile confezionamento di una colostomia definitiva. Ancora oggi nonostante l'avvento delle suturatrici meccaniche, rimane l'unico e indissoluto intervento chirurgico possibile in caso di tumori del basso retto.
Brian Brooke, negli anni '50 perfezionò la tecnica chirurgica per il confezionamento del-

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 44

l'ileostomia, facendo si che diventasse un intervento sempre più usato rispetto al passato. Se da una parte la chirurgia ampliava le proprie frontiere e prolungava la vita a milioni di persone, dall'altra, attorno agli anni '50 ci si rese conto che le persone a cui veniva confezionata una stomia, andavano incontro sia a problemi di natura fisico / pratica che psicologici.

Il numero sempre più alto di ileo e colostomizzati e la necessità di miglioramento della loro qualità di vita, portarono così alla nascita di centri preposti all' assistenza di tali pazienti e all'avvento di una figura professionale specializzata che se ne prendesse cura.
Il primo centro, fu fondato nel 1953 negli U.S.A. per volere di due chirurghi, Lyons e Shrliber. Nel 1959 in Inghilterra il chirurgo Sir Bryan Brooke, in collaborazione con un paziente, fondò un consorzio di stomizzati che più che un centro di assistenza, aveva caratteristiche di tipo associativo.

Dal punto di vista medico-sociale, il problema in termini organizzativi, venne risolto in modo causale, infatti nel 1958 il chirurgo Rupert Turnbull introdusse nel linguaggio parlato il termine di "terapia enterostomale" e fondò il primo centro che si occupava sia dell'assistenza che della cura dei pazienti stomizzati.
Questo centro, nacque presso il Dipartimento Chirurgia colo rettale della Cleveland Clinic. Il Dr Turnbull, lo stesso anno operò la sua caposala, confezionandole una ileostomia definitiva. Si trattava di Norma Gill, che divenne la prima stomaterapista d'America e grazie alla sua esperienza personale e all'esperienza acquisita curando la propria nonna colostomizzata, organizzò il primo centro di terapia enterostomale. Motivazione ad occuparsi di questi pazienti fu la solitudine e l'abbandono che la stessa Gill provò una volta dimessa dall'ospedale.

Dopo tre anni negli USA, si istituì un vero e proprio corso di stomaterapia e lo stomaterapista fu riconosciuto come figura professionale di infermiere specializzato.
Nel giro di pochi anni, nacquero diversi gruppi distrettuali che raccoglievano stomizzati e operatori sanitari; nel 1962 questi gruppi vennero unificati sotto un'unica egida, la U.O.A (United Ostomy Association).

Centri di terapia e cura rivolti alla persona stomizzata nacquero un po' ovunque nel mondo, unendosi fra di loro, diedero origine, prima alla I.A.E.T. e successivamente alla I.O.A. (International Ostomy Association). Quasi contemporaneamente, anche in Inghilterra venne aperto il primo centro di assistenza enterostomale, precisamente presso il St.Bartolomew's Hospital. Mano a mano anche in Europa, infatti, operatori professionali e medici diedero vita ad ambulatori specialistici per pazienti stomizzati. B.Senders, nel 1971, fu la prima enterostomista del Regno Unito, e si occupò del centro di Londra.

Negli anni '70, da ogni parte del mondo, cresceva sempre più la domanda di creare nuovi stomaterapisti, così grazie a Norma Gill, che sentì e capì la necessità di formare personale che avesse voglia di confrontarsi con altre realtà e contesti su quello che erano i trattamenti chirurgici, la riabilitazione degli stomizzati e l'utilizzo dei sistemi di raccolta, nacquero scuole in tutto il mondo, dal Canada all'Australia, all'Europa. Norma Gill si rese conto che

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 45

questo fenomeno, era sintomo che negli infermieri stava crescendo una vera e propria sensibilizzazione verso questo genere di paziente.
Si doveva a questo punto creare un collegamento tra questi stomaterapisti a livello mondiale, nel 1975 a Toronto in Canada, durante il I° Congresso dell'I.A.E.T e I.A.O., si gettarono le prime basi per una svolta a livello organizzativo internazionale. Dobbiamo attendere però il 1978, quando durante II° Congresso Internazionale, tenutosi a Milano, si costituì il W.C.E.T. (World Council of Enterostomal Therapists). Qui venne definito un programma comune di formazione sul corso di specializzazione per infermieri professionali, stomaterapisti. Attualmente tale associazione comprende 73 Paesi, tra cui l'Italia.

Ed in Italia...
La prima pioniera della stomaterapia in Italia, fu Margherita Maiorca, quando nel 1972 si arruolò come volontaria all'Istituto Nazionale Tumori di Milano, dove insegnò ai pazienti portatori di colostomia definitiva, la tecnica dell'irrigazione intestinale, metodica appresa dal Professore Ventafridda, durante un suo stage alla Cleveland Clinic.

Il primo tentativo di ambulatorio fu apprestato dalla Maiorca, in un corridoio dell'Istituto Tumori, in questo ambito cercò di insegnare ai nuovi e vecchi stomizzati, una corretta igiene ed apparecchiatura della stomia e la tecnica dell'irrigazione.
Nel 1977 le fu data la possibilità di frequentare il corso per stomaterapisti a Cleveland, tenuto da Norma Gill e Marilyn Spencer, e al suo ritorno in Italia, modificò l'iter formativo del corso di specializzazione per infermieri professionali stomaterapisti, portando da 5 giorni a due settimane, la durata complessiva di suddetto corso. Mirella Riatti vi partecipò nel '79 e successivamente ne divenne prima collaboratrice e poi responsabile fino al 1995 e i corsi si tenevano a Milano presso l'Ospedale Fatebenefratelli. Dal 1996 la responsabile è Carla Saracco e la sede della scuola si è trasferita ad Asti, per poi ritornare nel 2002 a Milano.

Nel 1973 era forte il desiderio di creare un'associazione che raccogliesse persone e professionisti con comunanza di obiettivi, nello specifico quelli di riabilitare e facilitare il reinserimento della persona stomizzata nella società.
Così il Professore Marcello Pietroiusti, fondò l'A.I.STOM (Associazione Italiani Stomizzati), che raccoglieva infermieri, stomaterapisti, medici e stomizzati volontari che si prodigarono all'interno dell'associazione allo scopo di:

- formare infermieri professionali competenti nell'ambito della stomaterapia (ET);
- favorire la nascita di ambulatori specialistici laddove vi era un cospicuo numero di pazienti portatori di stomia, uniformando le metodiche riabilitative;
- promuovere la ricerca nel campo della stomaterapia;
- mantenere rapporti d'intesa con l'Associazione Internazionale Stomizzati (I.O.A.).

Il numero sempre maggiore di professionisti atti ad assistere la persona portatrice di stomia e/o incontinenza uro-fecale, la necessità di codificare e formalizzare il lavoro che veniva svolto quotidianamente, l'interscambio di esperienze personali a livello nazionale ed internazionale tra operatori dediti allo stesso tipo di paziente, portò nel 1982, ad unirsi in un'unica associazione; nacque l'A.I.O.S.S. (Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia), realtà attualissima, apolitica e senza fini di lucro.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 46

Se da una parte c'è stata un'evoluzione capillare della professione dello stomaterapista con metodiche riabilitative ed assistenziali sempre più all'avanguardia, dall'altra, grazie all'impegno delle aziende produttrici di dispositivi per stomie, c'è stato un miglioramento qualitativo dei materiali messi a disposizione del paziente stomizzato.
L'evoluzione, sostanzialmente ha riguardato i materiali adesivi della placca, i dispositivi di filtro e le sacche ed ha fornito soluzioni di prodotto da un lato sempre più "skin-friendly" cioè che non irritano la cute e lo stoma, e dall'altra sempre più "user-friendly", cioè dispositivi duttili, leggeri e discreti.

Prima degli anni '50, non c'erano a disposizione particolari dispositivi per raccogliere le deiezioni della stomia, ma stava alla fantasia del paziente trovare un modo per ovviare a questo problema. Si passò dal raccogliere le feci in scatole di legno imbottite di stracci e legate all'addome con cinghie o chiudere lo stoma con tamponi di stoffa mantenuti in sede da cinture, bendaggi o molle di acciaio ad apparecchi contenitivi di gomma o metallo sostenuti da una cintura. La cute peristomale era protetta dal contatto con le feci da pomate all'ossido di zinco.

Negli anni '50, grazie all'idea di un'infermiera danese, Elise Sorensen, nacque la prima sacca adesiva monouso. Questo dispositivo era di materiale plastico comune e la placca aderiva alla cute grazie all'utilizzo di cerotti all'ossido di zinco che però, spesso causava serie dermatiti peristomali. Lo sviluppo di prodotti alternativi a quelli esistenti per la gestione delle stomie, si deve alla ditta americana Hollister agli inizi degli anni'70. A quei tempi, tale ditta era dedita alla stampa, ma grazie all'idea di un dipendente che ideò una sacca innovativa costituita da materiali rivoluzionari, cambiò genere di attività. La sperimentò su di un familiare stomizzato, l'idea piacque al direttore che ne ordinò la produzione in serie. Migliorò notevolmente la qualità di vita dei pazienti stomizzati, utilizzando collanti più naturali, quali la karaya, un estratto vegetale altamente tollerato dalla cute rispetto ai collanti tradizionali in auge fino ad allora.
Nel 1974 Fustell e Hennig, idearono con scarso successo il tappo magnetico di Erlangen per la chiusura della colostomia. Lo scopo era quello di dare una continenza al paziente stomizzato, ma in realtà solo il 30% dei pazienti ottenne il risultato sperato. Inoltre l'apparecchio era pesante ed ingombrante.

Negli anni '80, si iniziò ad utilizzare la placca a base di idrocolloidi che superò alcuni limiti del karaya, infatti le placche, risultarono più sottili e con maggior adattabilità alla cute.
Negli anni '90, le sacche sono composte da leggeri film di pellicole, sottilissime. Si utilizzarono nuovi collanti quali gli alginati, l'acetato di veniletilene, materiali anallergici che ridussero ulteriormente lo spessore delle placche.
Nel sistema a due pezzi, la placca può rimanere in situ diversi giorni, inoltre le sacche vengono dotate di filtri in carbone attivo la cui efficacia è di 8-12 ore.

Nel XXI secolo le sacche sono diventate idrorepellenti, le placche assumono diverse forme, ad esempio quelle convesse si adattano a stomi retratti e i filtri sono di nuovi materiali impermeabili, più efficaci e più durevoli.
La continua ricerca da parte delle ditte competenti, porta ad un costante miglioramento

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 47

della qualità del prodotto.
Stomaterapisti, associazioni e ditte si impegnano quotidianamente per migliorare la qualità di vita dei pazienti stomizzati, apportando innovazioni atte a garantire, preservare ed assicurare il loro benessere psico-fisico.

In una società moderna come la nostra, che esalta l'estetica ci può essere disagio peggiore per una persona il quale aspetto fisico è stato deturpato più che dall'intervento stesso, dal confezionamento di una stomia e dei problemi connessi alla sua gestione?
Questo il quesito alla base delle continue ricerche e dei continui investimenti dei professionisti che si prendono cura del paziente portatore di stomia.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 48

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 49

PARTE II

5. JOB DESCRIPTION

5.1 AMBITO CLINICO

SCOPO / FINALITA' DELLA POSIZIONE

Il ruolo e le funzioni dell'infermiere stomaterapista rispecchiano ovviamente quelle già esplicitate all'interno della normativa caratterizzante la professione infermieristica (profilo professionale e codice deontologico) e dagli ordinamenti didattici della formazione infermieristica universitaria. Assume quindi una prima connotazione che è certamente di natura clinico/assistenziale. Come erogatore dell'assistenza infermieristica, lo stomaterapista si assume la responsabilità di aiutare la persona assistita a promuovere, ripristinare e mantenere la salute ed il benessere psicofisico. Il paziente viene visto come "essere unico"; nel processo assistenziale ci si rivolge, infatti, alla persona nella sua interezza.

Scopo generale dell'assistenza al paziente sarà quello di stabilire le priorità assistenziali per i pazienti stomizzati, incontinenti e con patologie proctologiche in modo da rispondere a tutte le loro richieste nei tempi più opportuni e con il miglior rapporto rischi/costi/benefici possibile, assicurando contemporaneamente un'eccellente qualità dell'assistenza.
Tale assistenza sarà maggiormente efficace se seguirà una serie logica di fasi, conosciuta come processo di assistenza infermieristica.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Nel senso letterale della parola, l'infermiere stomaterapista, può essere considerato un "*infermiere specializzato nella cura delle stomie*". Questa breve definizione non rispetta tuttavia né il contesto clinico professionale, né riassume i contenuti di questa particolare figura professionale.
Lo stomaterapista, infatti, si occuperà della persona portatrice di stomia, della persona con problematiche proctologiche nonché di chi soffre di disfunzioni del pavimento pelvico seguendo le varie fasi del processo di nursing:

- La valutazione dei bisogni di ogni singolo individuo con i suoi care giver e l'identificazione delle risorse necessarie e disponibili per soddisfare questi bisogni;
- L'identificazione dei bisogni che possono essere soddisfatti in modo adeguato ed efficace dallo stesso stomaterapista e di quelli che invece possono essere soddisfatti da altri servizi di assistenza sociosanitaria o da altri operatori professionali;
- La definizione dei problemi assistenziali e/o collaborativi;
- La pianificazione di obiettivi infermieristici ed interventi assistenziali necessari per il raggiungimento degli obiettivi in riferimento agli standard basati sulle evidenze;
- Il coinvolgimento della persona assistita e della sua famiglia in tutti gli aspetti dell'assistenza incoraggiandone autocura e autodeterminazione;
- La documentazione delle attività svolte ad ogni fase del processo infermieristico e

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 50

l'impiego delle informazioni per valutare i risultati dell'assistenza infermieristica prestata.

L'attività dell'infermiere Stomaterapista non può non prescindere da una perfetta conoscenza della materia in quanto le stomie, i disturbi proctologici e di disfunzione del pavimento pelvico possono portare allo sviluppo di problemi funzionali che richiedono l'adozione di interventi complessi di prevenzione, cura, educazione e riabilitazione.

Specifico professionale per assistere un paziente portatore di stomia sono la "*sensibilità e l'umanità*, che talvolta possono sembrare qualità marginali o superflue, esprimono invece, *la volontà* e la *disponibilità ad instaurare un rapporto di fiducia ed empatia* con la persona assistita, in quanto elemento indispensabile con questa tipologia di pazienti" (AIOSS, 2006). I problemi della persona con disturbi di eliminazione non sono circoscritti al solo aspetto funzionale, ma creano condizioni di turbamento psicologico che influenza i valori e le convinzioni intrinseche al concetto di sé, alla modificazione dello schema corporeo incidendo in tal modo, sulle risposte, sulle prestazioni e sui processi cognitivi.

STOMATERAPIA

La funzione clinica dell'Infermiere Stomaterapista è caratterizzata da un costante azione informativa su quanto deve essere realizzato per il trattamento e la risoluzione dei problemi di salute del paziente in tutte le fasi delle attività di seguito descritte:

- Counselling preparatorio all'intervento e agli aspetti immediatamente successivi, con l'obiettivo di instaurare il rapporto di fiducia necessario ad una relazione efficace con il paziente, soddisfare il bisogno di sicurezza e conoscenza e ridurre l'ansia;
- il disegno preoperatorio della stomia
- l'informazione, in coordinazione con il medico, della persona assistita sulle finalità e modalità di attuazione dei percorsi diagnostici e terapeutici necessari
- la prima apparecchiatura della stomia postoperatoria
- la gestione del monitoraggio della ripresa della canalizzazione e/o del mantenimento della diuresi rilevando precocemente segni e sintomi di eventuali complicanze nel postoperatorio immediato (in coordinazione con l'infermiere di chirurgia)
- la gestione e rimozione del sistema di fissazione della stomia
- lo stoma care quotidiano
- la scelta e la valutazione dell'appropriatezza dei dispositivi di raccolta
- la valutazione del rischio di malnutrizione e la presa in carico del bisogno di alimentazione della persona assistita con l'attuazione di specifici protocolli di nutrizione parenterale e/o rialimentazione graduale
- la prevenzione e la gestione delle complicanze stomali precoci e tardive
- la riabilitazione della funzione intestinale del paziente con colostomia

COLOPROCTOLOGIA

Le funzioni dell'infermiere sono:

- l'accoglienza del paziente in ambulatorio per la visita
- la verifica dell'espletamento delle pratiche burocratiche-amministrative di richiesta e registrazione della prestazione

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 51

- l'informazione del paziente sulle modalità d'esecuzione dell'indagine diagnostica o strumentale a cui sarà sottoposto
- la verifica che le modalità di preparazione all'esecuzione dell'indagine siano state eseguite correttamente
- la verifica che eventuali terapie farmacologiche prescritte siano state eseguite
- la verifica che non vi siano patologie in atto che comportano terapie farmacologiche a rischio per l'esecuzione di indagini proctologiche
- l'anamnesi allergologica gestisce l'ansia del paziente
- la verifica della firma del consenso informato se necessario
- la preparazione del paziente sul lettino nella posizione idonea per l'esecuzione dell'indagine a cui sarà sottoposto rispettandone la privacy
- la preparazione del materiale e delle apparecchiature utili all'indagine
- la preparazione e l'assistenza prima, durante e dopo l'esecuzione di esami diagnostici e trattamenti, invasivi e non, secondo i protocolli stabiliti secondo i protocolli stabiliti e utilizzando le tecnologie disponibili secondo le specifiche istruzioni operative
- la medicazione di ascessi, fistole
- l'informazione del paziente sulle eventuali complicanze che potrebbero insorgere

RIABILITAZIONE DELLE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO

Le attività dell'infermiere sono:

- la collaborazione con il medico specialista nella valutazione dell'incontinenza urinaria e fecale e della stipsi sia maschile che femminile (diario minzionale e alimentare, testing perineale, pad test, stress test, esame urodinamico, manometria anorettale, rettoscopia etc)
- la riabilitazione del pavimento pelvico mediante l'effettuazione di esercizi di Chinesiterapia (C.P.P.), la stimolazione elettrica funzionale (S.E.F.), il Biofeedback (B.F.B.)

RESPONSABILITA'

Responsabilità amministrativa, civile, ordinistica, penale e professionale comune ad ogni professionista infermiere.

Per responsabilità professionale dell'infermiere esperto in stomaterapia, colo proctologia e riabilitazione delle disfunzioni del pavimento pelvico si intende l'obbligo del professionista di rispondere di tutte le azioni inerenti all'esercizio della professione. Dovrà quindi prestare la propria attività con competenza e diligenza, in mancanza delle quali possono verificarsi conseguenze lesive di diritti altrui.

RELAZIONI INTERFUNZIONALI, RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE

Il benessere dei pazienti, obiettivo primario dell'attività assistenziale, è la ragione principale che sostiene l'interdipendenza dei professionisti sanitari.

Nella pratica di tutti i giorni succede invece che, sovente essi si trovino ad affrontare problemi urgenti e complessi, quindi non possano collaborare in maniera efficace. Inoltre l'ambiente di lavoro dovrebbe fornire l'opportunità per i vari professionisti, che hanno capacità diverse, ma sinergiche, di lavorare insieme per risolvere problemi clinici complessi. Nessun operatore sanitario è l'unico responsabile dei risultati nell'assistenza al paziente, ma tutti ne fanno parte. Per dare un'assistenza olistica occorre una pratica collaborativa che rimuove

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 52

l'operatore sanitario dal suo isolamento fornendogli una visione d'insieme più chiara. L'ideale sarebbe aggregare le diverse capacità e competenze degli operatori sanitari in gruppi di lavoro multi - interdisciplinari, in cui ogni membro contribuisce con la propria specifica competenza e attività in maniera coordinata per raggiungere obiettivi comuni che vanno al di là delle abilità professionali dei singoli.
La gestione della fase di posizionamento della stomia e delle complicanze è solitamente demandata all'infermiere specializzato in stomaterapia che però deve poter intervenire in modo coordinato all'infermiere di reparto che ha in carico il paziente. D'altra parte il professionista esperto in stomaterapia si troverà a collaborare con chirurgo, gastroenterologo, psicologo, fisiatra, andrologo ed urologo per la cura del paziente e con fisioterapista, ostetriche, dietista e counsellor per gli interventi assistenziali.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 53

5.2 AMBITO EDUCATIVO E DI COUNSELING

SCOPO / FINALITA' DELLA POSIZIONE
L'importanza dell'attività educativa dell'infermiere sta nell'affermazione che l'assistenza infermieristica è un'arte, una scienza in cui l'infermiere osserva, sostiene, comunica, amministra, insegna e cura.
Contribuisce al mantenimento del benessere ottimale, facilitando la soddisfazione dei bisogni e presta assistenza durante la malattia fino a che i pazienti riescono a soddisfare autonomamente i loro bisogni.
Aiuta il paziente stomizzato nel processo di coping e di elaborazione del lutto conseguente alla diagnosi di malattia, al cambiamento organico funzionale e alla modifica della propria immagine corporea finallizzate a restituirgli una condizione di vita soddisfacente, ovvero una vita diversa ma nella normalità.

La riabilitazione delle disfunzioni del pavimento pelvico, l'assistenza al paziente con stomia e con patologie proctologiche presuppone che la persona che ha subito questa modificazione dell'eliminazione acquisisca abilità cognitive e comportamentali, per mantenere nel tempo i risultati ottenuti e/o ridurre le manifestazioni indesiderate correlate alla perdita della indipendenza. "Da queste considerazioni emerge chiaramente come, la partecipazione della persona assistita a pratiche di salute positive, con l'acquisizione di abilità nella gestione della propria stomia e l'adozione di comportamenti e stili di vita appropriati, siano elementi indispensabili per controllare l'evoluzione della situazione clinica e la riduzione dei fattori di rischio" (Saracco – AIOSS 2006).

La funzione educativa assume come scopo ultimo quello di promuovere un livello ottimale di salute della persona assistita, di preservare e di migliorare la qualità dell'ambiente di vita. Lo stomaterapista si prodiga per aiutare la persona assistita al fine di consentirgli di acquisire e/o di mantenere la capacità di gestire in modo ottimale la propria vita convivendo con la malattia. L'intervento educativo nel contesto clinico riabilitativo specifico, ha lo scopo di fornire al paziente stomizzato, incontinente o con patologie coloproctologiche le conoscenze, le competenze, le capacità e l'autoconsapevolezza necessari ad influenzare i suoi comportamenti e le attività di autocura in merito alla modificata funzione di eliminazione ed alla modificazione dello schema corporeo.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'
L'educazione terapeutica è caratterizzata da un vero e proprio trasferimento pianificato e organizzato di competenze dall'infermiere al paziente, riducendo progressivamente la dipendenza della persona dall'operatore e aumentando la propria responsabilità e la collaborazione dello stesso con l'educatore.

L' attività educativa infermieristica dello stomaterapista deve iniziare già nella fase preoperatoria fornendo adeguate spiegazioni sul funzionamento della stomia, sui diversi tipi di stomie, come e quando vuotare il sacchetto,far acquisire le conoscenze riguardo agli effetti di alcuni cibi, illustrare l'eventuale procedura dell'irrigazione e come la vita potrebbe cam-

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 54

biare nell'uso degli indumenti, durante i viaggi e nelle relazioni sociali.
In questa fase il ruolo dell'enterostomista è d'estrema importanza, sia nel saper offrire il conforto e le rassicurazioni del caso e sia nell'eseguire una corretta educazione sanitaria.
L'educazione ha lo scopo di rendere il neostomizzato completamente indipendente nella cura del proprio stoma una volta ritornato a casa.
Quando poi l'infermiere riconosce che la persona è pronta ad affrontare la nuova situazione, l'obiettivo sarà quello di fargli assumere un ruolo man mano sempre più attivo nella gestione dello stoma, fino a condurlo all'indipendenza.
È in questa situazione che lo stomaterapista deve incoraggiare il paziente ad esprimere i propri pensieri, ascoltarlo, essere comprensivo nei suoi confronti fornendo tutte quelle informazioni necessarie a diminuire i suoi timori.

Un obiettivo importante dell'accertamento del progetto educativo rivolto al paziente stomizzato è inoltre quello di individuare il ruolo di familiari o di persone care che possono essere un'ottima struttura di supporto alla riduzione delle paure che il paziente presenta.
La paura è espressa in modo differente dalle varie persone; alcune la manifestano in maniera diretta ponendo domande in continuazione, altri si rinchiudono in se stessi. È compito dell'infermiere cogliere questi segni e fare in modo di tenere sempre aperta la finestra della comunicazione così fondamentale in questi momenti.

Tra le paure che si manifestano più frequentemente, in utenti che dovranno essere sottoposti al confezionamento di una stomia, c'é da menzionare:

- l' ansia legata non solo all'atto dell'induzione anestetica ma anche congiunta alla paura del dolore e della morte; ecco che il paziente deve essere rassicurato sulle metodiche anestesiologiche e sulla loro efficacia.
- l' ignoto dettato in parte dalla convinzione di non sapere tutta la verità a riguardo della diagnosi o della malattia. È ormai un dato di fatto che tanto maggiore è la conoscenza delle probabilità future, tanto maggiore sarà l'adeguamento.
- la separazione, in quanto l'essere allontanati da una persona cara, dal sostegno dei familiari, dalle precedenti attività, può portare a fonti d'ansia.
- la modificazione dell' immagine corporea,legata non solo alla menomazione stessa ma anche alla nostra società dove l'enfatizzazione dell'immagine crea notevoli problemi nella vita socio-relazionale.
- perdita della propria autonomia sia essa fisica che sociale. L'efficace intervento infermieristico, qualora i timori prendano origine dalla prognosi chirurgica, sarà volto a promuovere lo spirito di collaborazione tra le varie figure sanitarie per raggiungere gli obiettivi preposti.

In conclusione nell'accertamento dei bisogni educativi gli interventi infermieristici saranno volti a:

- Incoraggiare il paziente ad esprimere le sensazioni circa la diagnosi, il trattamento e l'impatto che la malattia può avere sul suo stile di vita.
- Verificare i meccanismi di reazione del paziente e dei familiari.
- Verificare la disponibilità delle fonti di sostegno aiutando il paziente a ricercarle.
- Discutere i prevedibili mutamenti dell'immagine corporea in seguito al trattamento.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 55

- Incoraggiare il paziente a discutere come la sua patologia e la deviazione intestinale influiranno sulla sua funzione sessuale ed identità.
- Informare il paziente che la chirurgia radicale può causare impotenza; Incoraggiare ad esprimere sensazioni rispetto a quest'alterazione e fornirgli supporto emotivo.

Nella fase postoperatoria immediata il paziente, i suoi bisogni biofisici e psico-sociali, la sua comprensione delle cure a cui è sottoposto devono essere sempre in primo piano.
Poiché un intervento chirurgico è solitamente un esperienza stressante nella vita del paziente, egli deve essere certo che qualcuno lo sorvegli in tutto questo periodo. Quasi tutti i pazienti necessitano di sostegno affettivo durante l'immediato periodo postoperatorio. Un familiare può far visita al paziente per alcuni minuti, se la situazione lo consente. Iniziare già nella fase postoperatoria un coinvolgimento dei familiari, diventa basilare per abbassare lo stato d'ansia per il futuro incerto che colpisce il paziente. I familiari saranno, successivamente, parte integrante nel programma di riabilitazione che si svolgerà nel postoperatorio tardivo. Spesso le domande poste riguardano la gestione dello stoma. Le spiegazioni in questa fase non risultano efficaci poiché esistono ancora gli effetti dell'anestesia che ne deprimono l'attenzione. Utile è invece rassicurare il paziente fornendo completa disponibilità non appena le condizioni fisiche e psicologiche lo permettano.

La fase postoperatoria tardiva è quella più impegnativa dal punto di vista educativo. È proprio al termine dello stato acuto provocato sia dalla malattia, sia dall'intervento, che l'infermiere deve pianificare un progetto per fare in modo di portare il paziente ad uno stato d'autonomia il più vicino possibile alle condizioni originali di partenza.

Il paziente inizia a prendere coscienza delle reali modificazioni corporee, ed è in tale contesto che inizia a porre domande sui comportamenti che dovrà adottare nella gestione del nuovo organo, sulle attività che potrà svolgere, sulla dieta che dovrà seguire, sul follow-up, ecc.. In questa fase il paziente è molto recettivo, "vuole sapere" bisogna quindi rispondere alle domande in modo sicuro ed uniforme agli altri colleghi.

La qualità di vita ed i sentimenti di vergogna sembrano dipendere dal sostegno disponibile dato una volta dimessi dall'ospedale e riammessi nella comunità; è quindi fondamentale continuare l'attività educativa e di counseling una volta che il paziente ritorna al proprio domicilio contribuendo alla prevenzione dell'isolamento che può verificarsi nel paziente e favorendo il ritorno alle normali attività quotidiane.

STOMATERAPIA

L'infermiere stomaterapista nell'implementazione dell'azione educativa, agisce come soggetto attivatore, in merito ai seguenti aspetti:

- l'autocura della stomia;
- i comportamenti alimentari;
- lo stile di vita per il mantenimento del proprio modello di benessere;
- l'approvvigionamento e l'utilizzo appropriato dei presidi di gestione della stomia;
- l'effettuazione della pratica irrigativa;
- la rete sociale e sanitaria dei servizi da cui può ricevere supporto.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 56

Nello specifico le attività principali che rientrano nella funzione pedagogica sono riferite a:
- identificare i bisogni educativi della persona e della famiglia;
- definire gli obiettivi educativi;
- realizzare gli interventi di educazione terapeutica;
- addestrare la persona e/o il care giver;
- verificare il livello di capacità acquisite;
- sostenere la persona nel processo di apprendimento e di coping.

COLOPROCTOLOGIA

L'infermiere di coloproctologia nell'implementazione dell'azione educativa, agisce come soggetto attivatore, in merito ai seguenti aspetti:
- i comportamenti alimentari;
- lo stile di vita per il mantenimento del proprio modello di benessere;
- la rete sociale e sanitaria dei servizi da cui può ricevere supporto.

Nello specifico le attività principali che rientrano nella funzione pedagogica sono riferite a:
- identificare i bisogni educativi della persona e della famiglia;
- definire gli obiettivi educativi;
- realizzare gli interventi di educazione terapeutica;
- addestrare la persona e/o il care giver;
- verificare il livello di capacità acquisite;
- sostenere la persona nel processo di apprendimento e di coping.

Dopo aver raccolto una serie di informazioni che riguardano le modalità e la frequenza delle evacuazioni, viene intrapreso un programma di educazione intestinale che consiste nel rinforzare il tono della muscolatura degli sfinteri anali.

Si presuppone che il problema incontinenza sia un problema momentaneo, quindi reversibile, pertanto si consiglierà al paziente di effettuare a domicilio esercizi di contrazione della muscolatura dell'ano. (Bosoni 2009)

RIABILITAZIONE DELLE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO

L'infermiere riabilitatore nell'implementazione dell'azione educativa, agisce come soggetto attivatore, in merito ai seguenti aspetti:
- i comportamenti alimentari;
- lo stile di vita per il mantenimento del proprio modello di benessere;
- l'approvvigionamento e l'utilizzo appropriato dei presidi di gestione dell'incontinenza;
- l'effettuazione di esercizi di Chinesiterapia, di Elettrostimolazione e di Biofeedback;
- la rete sociale e sanitaria dei servizi da cui può ricevere supporto.

Nello specifico le attività principali che rientrano nella funzione pedagogica sono riferite a:
- identificare i bisogni educativi della persona e della famiglia;
- definire gli obiettivi educativi;
- realizzare gli interventi di educazione terapeutica;
- addestrare la persona e/o il care giver;

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 57

- verificare il livello di capacità acquisite;
- sostenere la persona nel processo di apprendimento e di coping.

RESPONSABILITA'

Dal punto di vista legislativo il D.M.739 1994 istitutivo del profilo professionale definisce l'infermiere come l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica preventiva, palliativa, riabilitativa, relazionale ed educativa.
L'attività educativa è l'approccio che permette all'infermiere di contribuire ad aiutare ogni persona e famiglia o comunità ad autogestire i propri problemi di salute.

RELAZIONI INTERFUNZIONALI, RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE

Il benessere dei pazienti, obiettivo primario dell'attività assistenziale, è la ragione principale che sostiene l'interdipendenza dei professionisti sanitari.
Nessun operatore sanitario è l'unico responsabile dei risultati nell'assistenza al paziente, ma tutti ne fanno parte. Per dare un'assistenza olistica occorre una pratica collaborativa che rimuove l'operatore sanitario dal suo isolamento fornendogli una visione d'insieme più chiara. L'ideale sarebbe aggregare le diverse capacità e competenze degli operatori sanitari in gruppi di lavoro multi-interdisciplinari, in cui ogni membro contribuisce con la propria specifica competenza e attività in maniera coordinata per raggiungere obiettivi comuni che vanno al di là delle abilità professionali dei singoli.
La gestione dell'educazione terapeutica nel postoperatorio è solitamente demandata all'infermiere specializzato in stomaterapia che però deve poter intervenire in modo coordinato all'infermiere di reparto che ha in carico il paziente.
D'altra parte il professionista esperto in stomaterapia si troverà a collaborare con chirurgo, gastroenterologo, psicologo, fisiatra, andrologo ed urologo per la cura del paziente e con fisioterapista, ostetriche, dietista e counsellor per gli interventi assistenziali anche di natura specificatamente educativa.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 58

5.3 AMBITO DI CONSULENZA E FORMAZIONE

SCOPO / FINALITA' DELLA POSIZIONE

Il Codice deontologico degli infermieri (1999), all' articolo 13 afferma che: "l'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale". Nell'ART 11 si aggiunge che l'infermiere "Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati."

L'attività di consulenza infermieristica è l'espressione di competenza professionale, di interdisciplinarietà e di intersettorialità del lavoro ed è finalizzata ad ottimizzare i risultati in situazioni assistenziali complesse ed in presenza di problemi non adeguatamente conosciuti *(Casati, 2005)*.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

L'educazione permanente è un processo continuo nella vita professionale atto a sviluppare nel tempo le conoscenze e le competenze degli operatori sanitari al fine di governare i cambiamenti che intervengono sempre più celermente nelle conoscenze, nei modelli organizzativi del lavoro e quindi nell'assistenza erogata a fruitori del servizio sanitario e di rispondere al contempo a requisiti di efficienza, appropriatezza e qualità della stessa.

Si tratta di una spinta propulsiva e dinamica che attiva conoscenze, attitudini, competenze e responsabilità che deve necessariamente tenere conto delle modalità di apprendimento tipiche degli adulti (il cosiddetto modello andragogico), che risultano caratterizzate da alcuni elementi peculiari:

- l'esistenza di problemi concreti e specifici da risolvere;
- la necessità di utilizzare prevalentemente metodiche didattiche che si caratterizzano per l'intensa interattività ed il diretto coinvolgimento dei partecipanti;
- la predisposizione di contesti organizzativi favorevoli, ove la formazione venga considerata come evolutivo fondamentale, come leva organizzativa strategica e non come mero adempimento formale.

STOMATERAPIA, COLOPROCTOLOGIA e RIABILITAZIONE DELLE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO

La funzione di consulenza dell'infermiere stomaterapista può essere svolta all'interno e all'esterno dell'unità operativa o della struttura in cui lavora ed ha l'obiettivo di offrire il suo contributo clinico e la sua esperienza a chi la richiede.

In questi ambiti svolge la propria attività in qualità di esperto, in quanto:

- interagisce e collabora con l'equipe che ha in carico il paziente nel processo di gestione del caso, pianificando e realizzando le attività cliniche di propria competenza, oppure fornendo istruzioni dettagliate per la loro realizzazione;
- indica gli interventi assistenziali che ritiene più appropriati per la situazioni in carico e fornisce indicazioni per l'ottimizzazione del processo assistenziale attraverso la sua competenza specialistica;

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 59

- condivide la responsabilità della pianificazione, della realizzazione e dei risultati con il team che gestisce il caso in un ottica di collaborazione interdisciplinare;
- contribuisce, attraverso la rete di strutture e servizi esterni alla continuità assistenziale.

Occupandosi di funzione di formazione concorre allo sviluppo delle competenze cliniche del personale di assistenza e di supporto svolgendo le sue attività secondo tre tipologie di apprendimento dei professionisti in formazione o già inseriti nel mondo del lavoro, da cui derivano tre modalità formative:

1. FORMAZIONE TECNICO SCIENTIFICA E APPRENDIMENTO RIFLESSIVO SULLE PRATICHE
2. FORMAZIONE ORGANIZZATIVA E APPRENDIMENTO TRASFORMATIVO
3. FORMAZIONE PSICO – SOCIO PEDAGOGICA E APPRENDIMENTO AUTODIRETTO

Le diverse modalità di studio e di relazioni comunicative che si realizzano in aula, in ambienti di lavoro e in rete, mentre valorizzano specifiche forme di apprendimento (interattivo, cooperativo ed attivo) sono correlate a distinti obiettivi formativi per arrivare alla sperimentazione attiva sul campo che riapre a nuove conoscenze arricchite da competenze che proprio con l'innovazione possono crescere ulteriormente.

RESPONSABILITA'

Il ruolo e le funzioni dell'infermiere stomaterapista rispecchiano ovviamente quelle già esplicitate all'interno della normativa caratterizzante la professione infermieristica (profilo professionale e codice deontologico) e dagli ordinamenti didattici della formazione infermieristica universitaria. Assume quindi una funzione che è certamente di natura clinica, assistenziale e riabilitativa ma che sia per gli stessi motivi intrinseci al ruolo professionale sia grazie alle specifiche competenze date dalla formazione complementare diventa anche didattica / pedagogica e di consulenza.

Rispetto al ruolo formativo dell'infermiere esperto in stomaterapia come rispetto al ruolo formativo dell'infermiere in senso generale non esiste una vera e propria specifica documentazione né che regolamenti diritti e doveri né rispetto alla misura in cui questo tipo di "prestazione" viene utilizzata dalle aziende sanitarie pubbliche e private, dalle scuole di formazione del personale di supporto e, non per ultimo, dagli atenei universitari.

RELAZIONI INTERFUNZIONALI, RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE

In Italia la definizione più recente di infermiere è quella fornita dal Decreto del Ministero della sanità del 14/09/1994, n. 739, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere" secondo la quale: "l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma …. abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica..".

In particolare, " … l'infermiere … partecipa all'identificazione di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico – terapeutiche…".

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 60

Più in generale secondo l'OMS, ".. l'infermiere deve sviluppare e svolgere funzioni legate a promozione, al mantenimento della salute, alla prevenzione della malattia..".
L'infermiere deve, insomma, assicurare il coinvolgimento dell'individuo, della sua famiglia e dei suoi cari, nonché del suo gruppo sociale e della sua comunità, in tutti gli aspetti dell'assistenza sanitaria, incoraggiando la fiducia in se stessi e l'autodeterminazione.
Si può, quindi, schematizzare le funzioni dell'infermieristica facendo ricorso a quattro categorie:

- Innanzitutto, l'infermiere opera prestando e gestendo l'assistenza infermieristica diretta, volta a promuovere, prevenire, curare, riabilitare o sostenere gli individui, le famiglie ed i gruppi, utilizzando a questo scopo il processo di assistenza infermieristica.
- In secondo luogo, l'infermiere è responsabile dell'insegnamento rivolto a pazienti, famigliari o ad altro personale sanitario.
- In terzo luogo, si denota più volte l'importanza di operare come membro dell'equipe sanitaria.
- Infine, deve mirare allo sviluppo della pratica infermieristica utilizzando il pensiero critico, l'evidence based nursing e la ricerca.

Queste funzioni sopra descritte saranno svolte con l'utilizzo di competenze derivate dalla formazione professionale.
Nei passi sopra citati si fa, inoltre espressamente riferimento al ruolo formativo dell'infermiere: si è detto infatti che l'infermiere in quanto tale contribuisce alla formazione del personale …. e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

Il patto infermiere cittadino del 2000 cita, inoltre, il fatto che l'infermiere si impegna a "Garantire competenze, abilità e umanità nello svolgimento delle prestazioni assistenziali" e si impegna a "Promuovere e partecipare ad iniziative atte a migliorare le risposte assistenziali infermieristiche all'interno dell'organizzazione". A mio parere, per conseguire questi obiettivi un azione formativa rivolta anche agli studenti in formazione risulta inevitabile.
Nella Legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonchè della professione ostetrica" nell'art. 3 si dice che "lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area tecnico-sanitaria, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, al diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea".

Al personale infermieristico compete l'assistenza globale all'individuo mirata al soddisfacimento dei suoi bisogni. Questo obiettivo si raggiunge con l'utilizzo di un chiaro quadro concettuale di riferimento che delimiti lo specifico professionale e con una costante applicazione del processo di nursing.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 61

L'infermiere, per garantire un'assistenza ottimale, ha bisogno di possedere specifiche conoscenze tecnico-operative, di sviluppare una capacità di relazione che ha come base l'empatia, la comprensione e l'accettazione dell'altro e, infine, di interiorizzare un codice etico. Solo dall'azione coordinata e sinergica di tutti e tre questi elementi si può tendere alla realizzazione del to care ossia del prendersi cura.
L'infermiere colloca la sua attività professionale in un'ottica globale, olistica, rivolgendosi, a seconda dei bisogni, al corpo e alla psiche negli aspetti sia qualitativi che quantitativi e collaborando oltre che con gli esperti clinici come per le altre funzioni anche con le strutture amministrative e gli esperti di formazione per andare a compiere a pieno le sue funzioni di consulenza e formazione.

Sapere e fare, questo significa esercitare una professionalità fatta di preparazione culturale, possesso delle metodiche di lavoro, acquisizione di abilità gestuali complesse, capacità di raccogliere i bisogni del malato e di rispondergli in maniera adeguata.
Nell'intervento di presentazione del nuovo CODICE DEONTOLOGICO Annalisa Silvestro discute sul fatto che "Impegnarsi per processi assistenziali di elevata qualità significa anche schierarsi per una sanità efficace ed attenta ai bisogni dei cittadini. Ciò riguarda la professione tutta e assume particolare importanza alla luce dell'evoluzione dell'infermieristica, in termini di cultura disciplinare, profilo professionale e progresso ed innovazione assistenziale". "Il sapere, l'esperienza e la competenza infermieristica sottendono ad un ruolo attivo dell'intera compagine professionale anche sul monitoraggio dei servizi attivati e delle prestazioni effettuate, sulle proposte per il loro miglioramento e sui percorsi di adeguamento del sistema sanitario all'evoluzione della domanda di salute".

Gli standard ANA (American Nursing Association) sulle prestazioni professionali descrivono un livello competente di comportamenti professionale, comprese le attività professionali correlate ai diversi aspetti che possiamo quindi definire caratterizzanti la nostra professione. All'interno di questi troviamo nuovi riferimenti al ruolo dell'infermiere formatore:

- STANDARD X: L'infermiere interagisce con i colleghi e contribuisce al loro sviluppo (..in particolare contribuisce a stabilire un'atmosfera costruttiva per l'istruzione degli operatori sanitari … guida gli infermieri in formazione quando necessario..)
- STANDARD XV: L'infermiere deve rappresentare una figura guida (in particolare … dimostra dedizione ad un apprendimento continuo per se stesso e gli altri …).

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 62

5.4 AMBITO ORGANIZZATIVO

SCOPO/FINALITA' DELLA POSIZIONE

In questi ultimi decenni sempre più si sente parlare di un assistenza globale, personalizzata, a misura d'uomo. Gli utenti, diventati persone attive nel loro percorso di salute e malattia, sono sempre più esigenti e, per rispondere alle loro necessità, le istituzioni sanitarie hanno bisogno, oltre che di tecniche e tecnologie avanzate, di professionisti competenti e aggiornati alle più recenti evidenze scientifiche e di un'alta dose di umanità.
Per adeguarsi alle trasformazioni conseguentemente intervenute nell'erogazione dell'assistenza infermieristica, sono stati via via progettati e messi in atto diversi sistemi organizzativi.
Uno di questi modelli organizzativi è il case management.
Il termine case management comincia a comparire nella letteratura infermieristica americana alla metà degli anni Ottanta per indicare un processo di erogazione di prestazioni sanitarie incentrate sull'utente e avente lo scopo di integrare al massimo gli interventi necessari, evitandone la frammentazione e la casualità, garantire un'assistenza appropriata che migliori la qualità della vita e contenere i costi.
Il *case management* in stoma terapia è un processo collaborativo che attraverso la comunicazione e l'uso delle risorse disponibili è volto:

- alla valutazione,
- alla programmazione,
- all'attuazione,
- al coordinamento,
- al monitoraggio
- alla verifica delle opzioni e dei servizi

La finalità di questa posizione è quella di ottimizzare l'autocura dei clienti, di assicurare continuità, facilità di realizzazione e coordinamento fra le attività dell'assistenza programmata, producendo in tal modo la migliore allocazione e il migliore consumo di risorse evitando la duplicazione degli interventi, le ridondanze, i tempi e quindi ridurre i costi.

In termini professionali il potere assunto dall'infermiere stomaterapista, come esperto dotato di specifiche competenze, diventa il requisito fondamentale per affrontare il ruolo del Case Manager, poiché il governo del percorso clinico assistenziale è legato agli obiettivi da conseguire da valutarsi in termini di efficacia, di efficienza e qualità.
L'infermiere case manager può seguire contemporaneamente diverse persone, alcune in ospedale altre nella comunità, altre ancora da contattare per telefono, per esempio, una volta al mese per una valutazione continua dei risultati ottenuti.

Nel percorso di cura (assistenza) del quale è principale responsabile, questo professionista, dimostra di avere conoscenze sulla gestione delle risorse, sull'uso dei piani di assistenza, dei protocolli e delle linee guida e funge da valutatore e collaboratore con i membri delle

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 63

altre professioni socio-sanitarie coinvolte. Svolge, inoltre, l'importante ruolo di educatore e consulente offrendo, agli infermieri l'opportunità di dimostrare la competenza del loro ruolo, all'interno dei gruppi assistenziali multidisciplinari.

La continuità delle cure è anch'essa molto importante. Il case manager deve coordinare l'assistenza lungo un continuum che va dall'ammissione al follow-up a domicilio del paziente dopo la dimissione.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

L'infermiere case manager, "gestore del caso", in stomaterapia, in pratica è l'operatore di riferimento che ha la responsabilità di provvedere all'accertamento nei confronti del paziente e dei suoi familiari, stabilire la diagnosi infermieristica, capacità di valutare i bisogni, sviluppare il piano di assistenza infermieristica, assegnare l'assistenza a colleghi, attivare gli interventi, coordinare e collaborare con il gruppo interdisciplinare e valutare i risultati. Il Case Manager E.T nello svolgimento della propria attività, ricopre un ruolo clinico, il ruolo di consulente, il ruolo di coordinatore e il ruolo manageriale:

RUOLO CLINICO

- Analizza i bisogni dell'utenza
- Promuove il benessere dell'individuo e della famiglia
  - Promuovendo l'indipendenza
  - Evitando l'ospedalizzazione non necessaria
- Elabora piani di assistenza e percorsi clinico-assistenziali
- Migliora l'utilizzo del servizio e il contenimento dei costi
  - Appropriatezza
  - Prevenzione e non solo riabilitazione e mantenimento
  - Coordinamento dei servizi su pazienti multiproblematici
- Aumenta l'efficienza e la qualità dell'intero sistema
  - Sviluppo dei servizi (ad esempio ADI)
  - Valutazione del bisogno
  - Valutazione degli erogatori
- Eroga un servizio centrato sull'utente, nel rispetto dei suoi diritti, valori e preferenze
- Promuove la qualità dei servizi erogati attraverso il mantenimento della continuità assistenziale

RUOLO DI CONSULENTE

- Coinvolge dell'utenza nella pianificazione dell'assistenza
- Supporta i caregivers familiari
- Valuta i problemi clinici ed amministrativi per la dimissione del paziente
- Stima il bisogno educativo del paziente e della famiglia
- Previene l'insorgenza di complicanze attraverso la didattica, lo stoma care e il collegamento con l'assistenza ambulatoriale
- Aiuta il personale di assistenza ad acquisire competenze cliniche, favorendo lo sviluppo di nuove e migliori qualità
- Predispone sessioni formative per infermieri ed altro personale

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 64

- Media tra utenza e soggetti erogatori di servizi:
  Facilitatore, Punto di riferimento, Tutor

RUOLO DI COORDINATORE
- Migliora la collaborazione tra i diversi attori coinvolti nell'assistenza (professionisti, familiari, altri caregivers)
- Coordina un team multiprofessionale
- Coordina e facilita la realizzazione del piano giornaliero, del piano di dimissione, lo svolgimento degli esami richiesti
- Valuta i bisogni formativi dell'equipe assistenziale e assiste il gruppo infermieristico nello sviluppo di protocolli e linee guida
- Promuove un approccio collaborativo, all'interno del team, favorendo incontri periodici di valutazione e discussione
- Aiuta l'utente nell'accesso ai servizi del territorio e al disbrigo delle pratiche amministrative

RUOLO MANAGERIALE
- Gestisce l'assistenza pianificando le modalità di trattamento e gli interventi necessari
- Determina con il team multidisciplinare gli obiettivi e la durata del trattamento
- Verifica l'utilizzo delle risorse lungo tutta la durata della presa in carico del paziente
- Garantisce la continuità assistenziale attraverso la rete di strutture e servizi esterni
- Presta attenzione all'efficienza nell'uso delle risorse (governo dei fattori produttivi)
- Valuta l'efficacia e l'appropriatezza del trattamento attraverso strumenti come piani di assistenza e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali

In sintesi si può quindi affermare che il case management è comunque un sistema di erogazione dell'assistenza al cittadino. Esso si pone come obiettivo la riduzione dei costi e dei tempi di degenza ma, e soprattutto, si propone di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sanitaria, durante tutto l'evento patologico e in qualunque struttura, usando come metodologia il coordinamento e l'utilizzo di risorse adeguate, l'appropriatezza degli interventi e il monitoraggio dei risultati raggiunti.

RELAZIONI INTERFUNZIONALI, RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE
L'attività del Case Manager Enterostomista passa attraverso 4 fasi che consentono di intraprendere un'adeguata relazione interpersonale con il paziente, il team multidisciplinare e le altre persone significative. Attraverso queste fasi il professionista in oggetto raccoglie dati anamnestici, analizza le condizioni fisico-psicologico-spirituali, la disponibilità di risorse e di supporto sociale.

Questi dati permettono al case manager, unitamente all'utente, alla famiglia e al medico, di identificare i problemi attuali e potenziali; di pianificare gli interventi; di monitorare il processo al fine di adeguare gli interventi e, all'occorrenza, rivedere il piano; di valutare gli esiti di competenza.
I FASE *Presa in carico - Valutazione iniziale*

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 65

Raccolta di informazioni per l'analisi della situazione attuale e potenziale:
Analisi della dimensione personale/ familiare/ rete di comunità
- Dati anagrafici
- Anamnesi: Autoassistenza, capacità di svolgere compiti richiesti, capacità di portare a termine attività della vita quotidiana e informazioni cliniche, abilità fisiche, salute mentale, motivazione, problemi comportamentali
- Condizioni economiche
- Situazione abitativa e contesto
- Istruzione
- Impiego e attività / Ricreazione e tempo libero
- Servizi assistenziali forniti/ disponibili

II FASE *Sviluppo del piano assistenziale*

Definizione di un piano assistenziale che metta in relazione i bisogni dell'utente con i servizi a disposizione:
- ordinare secondo una scala di priorità obiettivi e bisogni assistenziali dell'utente e della sua famiglia
- pianificare le prestazioni ed allocare efficacemente ed efficientemente le risorse a disposizione

III FASE *Attuazione del piano assistenziale*

Monitoraggio continuo dell'utente e dei suoi bisogni per individuare cambiamenti che richiedano la modifica del piano:
- condizione clinica / capacità funzionale / mobilità
- stabilità sociale / rete caregivers informali
- evoluzione dei bisogni di formazione utente/famiglia
- livello di soddisfazione utente/famiglia

Verifica dell'aderenza al piano delle azioni intraprese dai diversi soggetti responsabili dell'erogazione delle prestazioni

IV FASE *Valutazione finale e chiusura*

Termina la responsabilità del *case manager* su di un determinato utente
Vengono fornite informazioni per affrontare le future necessità
- mantenimento della continuità assistenziale

L'approccio olistico della persona è possibile solo attraverso l'utilizzo di modelli organizzativi non meccanici, che consentono di applicare appieno non solo la parte tecnica dell'assistenza infermieristica, ma anche e soprattutto quella metodologica (processo di assistenza infermieristica) che affonda le sue radici nella disciplinarietà del sapere infermieristico stesso. Sarebbe pertanto auspicabile una organizzazione del lavoro non di tipo verticistico, ma esclusivamente collaborativo con frequenti scambi di informazioni tra gli operatori e l'utilizzazione di strumenti in grado di facilitare questi scambi.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 66

RESPONSABILITA'

"L'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale"

(nuovo Codice Deontologico dell'infermiere art.13)

Il fondamento della **responsabilità** consiste nell'identificazione e nell'approvazione del ruolo assunto da parte di ciascun professionista.
Rappresenta il carattere o la situazione di colui che è chiamato a rispondere in prima persona di un fatto o di atto compiuto nell'esercizio delle proprie funzioni con piena autonomia decisionale. Da ciò discende l'obbligo, da parte del Case Manager Enterostomista, di esercitare la propria attività professionale con *Prudenza-Perizia-Diligenza*; cioè con l'osservanza di tutte le norme giuridiche, deontologiche e tecniche = Responsabilità Professionale. Altro concetto essenziale è che la professione infermieristica si esplica in ambito Sanitario e pertanto attraversa più discipline.

Per tradurre nella prassi i concetti teorici dell'assistenza infermieristica, occorrerebbe attuare modelli organizzativi e strumenti operativi, che spingano l'infermiere ad assumersi la responsabilità, l'autonomia, e l'autorità dell'assistenza infermieristica nel rispetto dell'individualità del singolo utente.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 67

6. INFERMIERE, STOMATERAPISTA, OSTETRICA E FISIOTERAPISTA: PROFESSIONI A CONFRONTO

L'incontinenza urinaria e/o fecale, è una patologia che richiede la competenza di diverse specializzazioni cliniche: l'urologia, la ginecologia e l'ostetricia, la medicina fisica e riabilitativa, la colo proctologia, la psicologia clinica ecc., e prevede anche il coinvolgimento di figure professionali quali l'infermiere, l'infermiere stomaterapista, il fisioterapista, l'ostetrica. A differenza di altre Nazioni Europee dove le prerogative infermieristiche in rapporto alla gestione dell'incontinenza urinaria e/o fecale sono ben definite, in Italia il ruolo assistenziale dell'infermiere è, ad oggi, il meno definito.

In Inghilterra ad esempio, la figura del "Continence Advisor" (consigliere della continenza) agisce a domicilio, in Ospedale, in comunità e rappresenta l'anello principale dell'interazione tra i bisogni dei pazienti e le risposte socio-assistenziali.
Nel nostro Paese, una denominazione come quella di "uroriabilitatore", può indicare la possibilità di invadere il campo della riabilitazione che, in genere viene ricoperto dal fisioterapista. Pertanto, da qualche anno, si propone il termine di "terapista della continenza" per identificare la figura infermieristica coinvolta nella gestione della persona con incontinenza urinaria e/o fecale.

La figura dell'infermiere gioca un ruolo fondamentale nei confronti della persona incontinente in quanto svolge molto spesso un ruolo di presa in carico e di case manager.

Quali funzioni quindi?
Prima valutazione del paziente con adozione immediata di modifiche comportamentali, di stili di vita e situazione ambientale; bladder retraining; riabilitazione del pavimento pelvico; counseling sugli ausili; educazione al cateterismo intermittente; gestione del catetere a permanenza; applicazione delle indicazioni date dallo specialista e controllo dei risultati; esecuzione tecnica degli studi urodinamici, anorettali e neurofisiologici; supporto psicologico.
Questo profilo con le sue job description fa capire la complessità della formazione educativa del terapista della continenza con il bisogno di una formazione che sia in grado di offrire una gestione integrata in collaborazione con gli altri specialisti del settore.

L'infermiere Stomaterapista, attraverso una formazione post laurea come il master di I° livello e di Formazione AIOSS (Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia), acquista una competenza specifica non solo nel mondo della Stomaterapia ma anche nel mondo dell'incontinenza, della coloproctologia e delle disfunzioni del pavimento pelvico.

Il fisioterapista, ha una propria identità che lo rende figura professionale indispensabile nell'iter terapeutico delle disfunzioni del pavimento pelvico, infatti, per formazione professionale, è colui che può lavorare sulla prevenzione e sul trattamento di tutti i tipi di disordine funzionale del pavimento pelvico, della regione addominale e di quella lombare, molto spesso compresenti in un quadro di diagnosi di incontinenza urinaria e/o fecale.
Il fisioterapista collabora con equipe multidisciplinari nelle definizioni di programmi riabili-

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 68

tativi volti al superamento dei bisogni di salute del disabile; pratica autonomamente attività terapeutiche per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive, utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali; propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia; educa e motiva la persona attraverso l'educazione degli aspetti anatomo-funzionali del pavimento pelvico; testa la forza muscolare e la capacità di contrazione/rilassamento del pavimento pelvico; pianifica il trattamento ed utilizza, a seconda della necessità del caso, diverse tecniche e strumenti: PMFT (Pelvic Flormuscle Training), Bio-Feedback, Elettrostimolazione funzionale, Rieducazione/riequilibrio posturale.

Il mandato dell'Ostetrica è principalmente quello di occuparsi della donna durante le diverse fasi della vita e cioè: durante la gravidanza, durante il travaglio/parto, il puerperio e durante le varie fasi del ciclo vitale (età fertile, menopausa).
Svolge principalmente un ruolo di prevenzione, informando ed educando la donna al buon uso dei muscoli del pavimento pelvico; predispone piani di prevenzione e di intervento adatti a tutte le fasi della vita, in cui avvengono cambiamenti dal punto di vista fisico, psichico e sociale, attivandosi per modificare quello che è l'atteggiamento passivo delle donne nei confronti dell'incontinenza urinaria.

Da questa breve panoramica sulle competenze e sui ruoli si può facilmente capire come da un lato ci sia bisogno di avere la competenza di ogni singolo professionista che opera nell'ambito della continenza nella gestione del paziente e dall'altro si senta la necessità di una figura infermieristica che gestisca per intero il caso clinico in un ottica assistenziale olistica, che prenda in carico la PERSONA e che funga da interfaccia verso i vari servizi e le diverse figure professionali precedentemente elencate.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 69

PARTE III

7. INFERMIERE STOMATERAPISTA OGGI: L'AUTONOMIA PROFESSIONALE

Il sistema tradizionale di abilitazione all'esercizio professionale era stabilito dal cosiddetto mansionario, che era recepito dal **D.P.R. n° 225 del 14/03/1974**. Più esattamente il mansionario conteneva un insieme di funzioni e mansioni di carattere rigido ed esaustivo.
Ne consegue che tutto ciò che non era specificamente compreso era da considerarsi di competenza medica. Vi erano anche altri riferimenti normativi che regolavano le mansioni degli infermieri professionali – le fonti extramansionariali, oggi quasi scomparse – ma è indubbio che il mansionario ne costituiva il ***corpus*** principale.

Il profilo professionale recepito con **D.M. n° 739 del 14/09/1994**, pur avendo innovato i criteri per l'esercizio professionale, indicando una cornice ampia, di competenza infermieristica, conservava un rapporto di convivenza non facile con il mansionario. Il mansionario si componeva di sei articoli di cui solo i primi due erano dedicati specificamente all'infermiere professionale, il terzo definiva le mansioni delle vigilatrici d'infanzia, il quarto le mansioni dell'infermiere professionale specializzato in anestesia e rianimazione, il quinto riguardava gli assistenti sanitari, il sesto le mansioni degli infermieri generici, unico articolo sopravvissuto all'abrogazione.

Le innovazioni apportate con la **legge n° 42 del 26/02/1999**, recante disposizioni in materia di professioni sanitarie, sono rilevanti ed epocali. Per la prima volta si delinea un esercizio professionale senza mansionario.
Viene così abolito il mansionario e vengono indicati tre criteri guida e due limiti. I criteri guida sono dati dal contenuto dei profili professionali, dalla formazione di base e post-base ricevuta e dal codice deontologico

LA PROFESSIONE E I PROFESSIONISTI
Il professionista è "*un esperto, specificamente formato e addestrato in una determinata disciplina, deputato a svolgere un ruolo specialistico nell'interesse della società*".
Egli è dotato del possesso di conoscenze (sapere), abilità e competenze (saper fare) e capacità comunicative e relazionali (saper essere) relative ai fondamenti della propria professione.
Ciò conferisce al professionista una autorità/autorevolezza nella materia di competenza per la quale tende ad interiorizzare fino dall'inizio della carriera modelli di comportamento propri del gruppo di appartenenza, a ritenere che la qualità delle sue performances sia valutabile soltanto "*tra pari*" e a rifiutare ogni controllo esterno in nome di una autosufficienza ereditata dalla tradizione.

L'autonomia professionale "*è una risorsa del SSN e corrisponde alle capacità riconosciute,*

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 70

e alle possibilità del professionista di autodeterminarsi secondo le regole della scienza e dell'arte, e delle specifiche competenze attribuitegli in un dato contesto organizzativo, per il raggiungimento degli obiettivi di salute dei cittadini".

Il nuovo quadro normativo relativo all'esercizio della professione, pone all'infermiere una serie di problematiche legate alla ri-definizione del suo ruolo ma soprattutto alla nuova configurazione delle sue responsabilità. In particolare, la 42 del 1999: "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", la n° 251 del 2000: "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica", nota in quanto istitutiva della dirigenza e della laurea, e gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma di laurea, (decreti ministeriali 2 aprile, 2001) hanno determinato un cambiamento fondamentale.
Pur richiamandosi alla precedente normativa, infatti, i testi rivestono notevole rilievo per il riconoscimento dell'autonomia professionale. Essi, tuttavia, pongono nuovi interrogativi circa la "diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni", la metodologia di pianificazione, organizzazione ed erogazione dell'assistenza e circa l'interazione con altre professionalità che influenza l'esercizio dell'autonomia professionale.

Nella professione infermieristica, il livello autonomo è dato in primo luogo dal disposto contenuto nel primo articolo del D.M. 14/09/1994, n° 739, nella parte in cui si precisa che l'infermiere ***" è responsabile dell'assistenza generale infermieristica "***.
Secondo gli studi condotti dal sociologico statunitense Henry Wilensky, il processo di professionalizzazione - cioè il percorso che si compie in alcune occupazioni, trasformandole da 'mestieri' in 'professioni' in un certo arco di tempo - è caratterizzato dall'affermarsi della cosiddetta 'competenza tecnica specifica'. Essa si applica a una precisa area di attività, legittimandone sul piano giuridico l'esclusività, in ragione della natura e della complessità delle conoscenze che devono necessariamente essere acquisite - attraverso un impegnativo percorso di formazione, in genere universitario - da coloro che sono chiamati ad esercitare tale attività.

I risultati raggiunti dalla professione infermieristica in questi ultimi anni rappresentano una conferma del suo ulteriore sviluppo -nel significato inteso dalla sociologia tradizionale-, come anche ben testimoniano le più recenti disposizioni di legge emanate allo scopo di regolamentare l'esercizio dell'assistenza infermieristica, garantire un'effettiva autonomia degli infermieri e pervenire, superando i limiti del mansionario, ad una più moderna definizione delle responsabilità e del campo proprio di attività dell'infermiere.

«Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni [infermieristiche] è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali » Legge 42/1999, Disposizioni in materia di professioni sanitarie.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 71

In effetti, come è stato spesso ripetuto nel corso degli ultimi mesi, il Profilo professionale dell'infermiere (D.M. Sanità 739/1994) e il Codice deontologico emanato dalla Federazione Nazionale dei Collegi IP.AS.VI. nel 2009, espressamente richiamati dall'articolo 1 della Legge 42 sopra citato, rappresentano il fondamento su cui si impernia il sistema di regolamentazione delle funzioni, delle responsabilità e delle competenze proprie dell'infermiere nell'ambito dei servizi sanitari. Tali norme hanno sancito formalmente, nell'organizzazione giuridica delle professioni infermieristiche, il superamento di una concezione esecutiva ed il riconoscimento di una reale autonomia professionale.

La Legge 10/8/2000 n. 251. Attribuisce e delinea la AUTONOMIA PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE nello svolgimento di attività dirette alla prevenzione, cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, tramite l'espletamento delle FUNZIONI individuate dalle norme istitutive dei profili professionali nonché degli specifici codici deontologici utilizzando METODOLOGIE DI PIANIFICAZIONE PER OBIETTIVI DI ASSISTENZA.

Il professionista infermiere può agire in un campo completamente *autonomo*, caratterizzato dalla *responsabilità della assistenza generale infermieristica* (articolo 1 del Profilo Professionale) e in un campo *collaborativo* (terzo comma, punto d dello stesso articolo: *l'infermiere garantisce la corretta applicazione* delle prescrizioni diagnostico terapeutiche poste in essere dal medico), facendo così salvi gli ambiti di competenza medica, costituiti dalla diagnosi e dalla cura.
In questo processo l'Infermiere non è solo ***esecutore*** ma anche ***decisore e valutatore*****,** ovvero, *è* ***professionista autonomo e responsabile*** di una strategia organizzativa basata sul risultato.

Per l'avanzata formazione professionale e le elevate competenze, l'infermiere stoma terapista è, quel professionista, in grado di intervenire nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca … ed è in grado di esprimere competenze avanzate di tipo assistenziale, educativo, preventivo in risposta ai problemi prioritari di salute della persona portatrice di stomia ed incontinente oltre a problemi di qualità dei servizi"

Il sapere dare una risposta assistenziale in ordine prioritario ai problemi che il paziente manifesta, dipende da una organizzazione curata e omogenea. Come operatore professionale autonomo lo stomaterapista ha vari strumenti per intervenire e controllare il proprio operato:

1. Linee guida: "insieme di indicazioni procedurali suggerite, prodotte attraverso un processo sistematico, finalizzate ad assistere gli operatori a decidere quali siano le modalità assistenziali più adeguate in specifiche circostanze cliniche al fine di prendere decisioni appropriate in certe situazioni cliniche"
2. Procedure: insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo. La procedura deve indicare chi fa, cosa fa, come viene fatto, dove, quando, perché e chi ne è responsabile"
3. Protocolli: schema elaborato dall'equipe che illustra un iter diagnostico-terapueticoassistenziale
4. Conoscenza degli standard: indicano valori soglia minimi e massimi di un determinato

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 72

indicatore, o di frequenza di offerta di un certo servizio o di un determinato intervento
5. La cartella infermieristica
6. L 'utilizzo delle diagnosi infermieristiche (D.I)

Le funzioni dell'infermiere stomaterapista sono essenzialmente:
- prevenzione, diagnosi precoce ed educazione alla salute
- assistenza
- gestione
- formazione
- consulenza
- ricerca

FUNZIONE PREVENZIONE, DIAGNOSI PRECOCE ED EDUCAZIONE ALLA SALUTE
- Analizzare i problemi di salute del paziente stomizzato ed incontinente e le risposte dei servizi sanitari e socio assistenziali ai principali bisogni degli stessi
- Progettare ed attuare interventi educativi rivolti al singolo e alla collettività per l'adozione di abitudini di vita sana
- Valutare i risultati di interventi di promozione alla salute

FUNZIONE ASSISTENZA
- Valutare e rilevare criticamente l'evoluzione dei bisogni che richiedono una complessità assistenziale nel campo preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo
- Costruire, sulla base dell'analisi dei problemi di salute, dei bisogni di assistenza, delle risorse e dei risultati della ricerca, un sistema di standard assistenziali
- Definire, realizzare, supervisionare e valutare progetti assistenziali per persone con necessità assistenziali personalizzate
- Condurre incontri di informazione, di addestramento, di valutazione con gruppi di persone assistite utilizzando tecniche appropriate
- Applicare e valutare l'impatto di modelli teorici dell'assistenza nell'operatività del quotidiano
- Monitorare e analizzare criticamente gli aspetti etici correlati all'assistenza e ai problemi a carattere multiprofessionale e multiculturale
- Prendere decisioni assistenziali in coerenza con le dimensioni legali, etiche e deontologiche che regolano l'organizzazione sanitaria e la responsabilità professionale

FUNZIONE EDUCATIVA
- Identificare i bisogni educativi di gruppi di persone portatrici di stomia, tenendo conto dei problemi di salute, delle differenze di età e di cultura
- Progettare e realizzare, in collaborazione con altri professionisti, interventi educativi del singolo, della famiglia e della rete di sostegno per favorire l'autogestione dei trattamenti e il controllo dei fattori di rischio

FUNZIONE GESTIONE
- Definire gli obiettivi infermieristici di servizio sulla base dell'analisi delle esigenze

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 73

dell'utenza, delle finalità istituzionali, delle risorse umane e materiali disponibili ed attivabili
- Definire gli standard di competenza professionale applicabili alle specifiche aree assistenziali
- Stimare il fabbisogno delle risorse umane e materiali in relazione alla complessità e al carico di lavoro
- Negoziare, selezionare e assegnare le risorse umane in relazione agli standard di competenza professionale e ai carichi di lavoro delle specifiche aree di assistenziali
- Gestire e valutare i servizi assistenziali nell'ottica del miglioramento continuo della qualità professionale, economica, organizzativa, percepita
- Monitorare le criticità presenti nell'organizzazione sia ospedaliera che ambulatoriale
- Applicare strategie di gestione, per una migliore qualità assistenziale
- Applicare sistemi di valutazione e di accreditamento professionale

FUNZIONE FORMAZIONE
- Fornire consulenza professionale in ordine a casistica assistenziale e organizzativa complessa e alla supervisione dell'assistenza erogata e dall'organizzazione adottata
- Coordinare gruppi di studio su specifici problemi assistenziali e organizzativi
- Progettare corsi di formazione di base ed avanzato al personale infermieristico
- Contribuire a definire le strategie aziendali e regionali
- Attivare reti di consulenza su aree specifiche

FUNZIONE RICERCA
- Identificare specifici problemi e aree di ricerca in ambito stomaterapico su aspetti di tipo clinico, organizzativo e formativo
- Utilizzare i metodi e gli strumenti della ricerca nelle aree clinico assistenziali dell'organizzazione e della formazione che necessitano di valutazione e revisione
- Guidare i gruppi professionali nell'interpretare e nell'applicare i risultati di ricerche per migliorare la qualità dell'assistenza del paziente stomizzato

Come portatore di conoscenze specifiche, esecutore di pratiche di cura specifiche, educatore sanitario, facilitatore di apprendimenti si può affermare che l'infermiere stomaterapista adotta, oggi, una metodologia di **lavoro per obiettivi** essendogli riconosciuta la **piena responsabilità e autonomia** nella gestione dei problemi assistenziali e della corretta esecuzione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 74

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 75

8. CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI FINALI

Considerando che professionisti adeguatamente formati garantiscono risultati clinici migliori, si comprende quanto sia essenziale puntare sulla formazione infermieristica post base di infermieri esperti nella clinica relativa al paziente di cui si occupano. La formazione post base non si propone solo come "progetto ambizioso di avanzamento culturale" ma mira ad aumentare le competenze cliniche degli infermieri. L'acquisizione delle specializzazioni per infermieri ha introdotto anche in Italia infermieri che hanno e avranno competenze diverse: generaliste, esperte ed avanzate. A ciascuno andranno affidati utenti con complessità assistenziali diverse nell'ambito di modelli organizzativi che permetteranno l'applicazione e l'integrazione della ricchezza di ognuno.

Gli infermieri apprendono molto dalla esperienza, ma molti studi hanno dimostrato che le conoscenze aumentano quando queste sono continuativamente messe alla prova e la pratica ne stimola lo sviluppo di nuove. Se riconosciamo la possibilità che all'interno di una realtà clinica possano collaborare infermieri che abbiamo competenze diverse, dobbiamo riflettere su quali siano le reali differenze tra questi professionisti, e come l'infermiere acquisisca nuove conoscenze. L'infermiere possiede conoscenze pratiche e teoriche. Diversi anni fa alcuni filosofi ricercatori hanno osservato che esistono due tipi diversi di conoscenza: una conoscenza che è il nostro "sapere che" (Know that) il "sapere che " si acquisisce sui banchi della scuola, studiando, leggendo libri, criticando un articolo scientifico, partecipando ai congressi; e una conoscenza che è il nostro "sapere come" (Know how) che si acquisisce con la pratica, agendo quotidianamente con i pazienti e i loro problemi. Esistono alcune capacità che invece vengono acquisite senza il "know that", gli infermieri ad esempio compiono molte attività che vengono messe in atto senza basi teoriche.

Lo sviluppo della conoscenza, del sapere di una disciplina, soprattutto applicata come lo è la stomaterapia, consiste nell'ampliamento delle conoscenze pratiche, gli infermieri che lavorano in terapia intensiva ne sono l'esempio, ma non si può prescindere dalla necessità di aumentare le conoscenze teoriche. L'esperienza cresce anche grazie alla capacità che il professionista ha di rimodellamento quotidiano, infatti le nostre abilità di acquisizione di conoscenze si sviluppano nel tempo. Tutti gli infermieri nascono come infermieri generalisti ma vivendo la quotidianità assistenziale e apprendendo dall'esperienza diventeranno esperti e questo permette lo sviluppo di nuove conoscenze. L'esperienza cresce con il tempo e si arricchisce con la formazione infermieristica.

L'infermiere *esperto* in stomaterapia ha acquisito conoscenze dopo alcuni anni di esperienza lavorativa e riflessione critica sulla propria pratica. Riconosce una modalità pro attiva di stare dentro l'organizzazione sanitaria che porta l'infermiere ad apprendere dall'esperienza, interrogandosi su quello che accade, su quello che vede, su come potrebbe fare meglio, a cercare nella teorie supporti alla pratica. In un percorso circolare di pratica, riflessione critica, teoria, riflessione critica, pratica che porta gli infermieri a diventare infermieri esperti. L'infermiere esperto lavora con intuito, ha una grande esperienza ed è capace di "sentire il paziente" prima che questo manifesti in modo conclamato un quadro clinico. Ha conoscenze

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 76

tacite, vissute, le risposte assistenziali sono veloci e spesso efficaci. Ha difficoltà di scindere la pianificazione dalla erogazione dell'assistenza, è questo può essere un limite che lo porta a non pianificare la sua assistenza. Anche in situazioni molto caotiche riesce a tenere a sotto controllo "il tutto".

L'infermiere stomaterapista è in grado di realizzare un accertamento complessivo dei bisogni di salute, dimostrando un elevato livello di autonomia e abilità nella diagnosi e trattamento, il suo ruolo funzionale si integra con quello di educatore, ricercatore, manager e deve avere abilità di leadership e consulenza. Deve dimostrare elevate capacità di pensiero critico, innovazione e creatività. Gli infermieri con competenze avanzate dovranno collocarsi in ambiti clinici e spendere la propria professionalità non solo nella clinica (50% del tempo) ma anche facendo consulenze, ricerche e favorendo la crescita professionale.

In conclusione, l'analisi storico – legislativa, l'identificazione di competenze specifiche e lo studio dell'interfaccia tra le varie associazioni mondiali insieme alle riflessioni fatte relativamente ai rapporti interprofessionali tra stomaterapisti e tecnici della riabilitazione sono volte a definire gli specifici ambiti di azione e responsabilità di professionisti esperti che si trovano ad agire nel panorama nazionale con comunità di intenti e fondamenti scientifici ma con una curiosa diversità rispetto ad inquadramento organizzativo e riconoscimento professionale.

Questo volume termina quindi con un punto interrogativo, con uno spunto di riflessione scaturito proprio dalle certezze che la nostra condizione di professionisti esperti ci ha consentito di declinare ma d'altronde come diceva Gibran *"La perplessità è l'inizio della conoscenza"*.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 77

BIBLIOGRAFIA

- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S. at al. Nurse- Staffing- Levels and the quality of care in Hospital. N. Engl J. Med 2002;346:1715-22
- Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB. Educational levels of hospital nurses and surgical Patients. Jama 2003;209:1617-23
- Walson R. Stimpson A, Topping A. Critical Competence assessment in nursing: a systematic review of the leterature. Journal of Advanced Nursing. 2002;39(5):421-431
- Byrton AJ. Reflection:nursing's practice and education panacea?. Journal of Advanced Nursing. 200;31(5):1009-1017
- Paplau H. Specialization in professional nursing, Clinical Nurse Specialist 2003;17(1):3-9
- Polanyi M. Personal Knowledge. Routledge & Kegan Paul. London 1958
- Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. University of Chicago. Chicago 1970
- Benner P. from novice to export. Am. J. Nursing 1982;82:402-407
- Dreyfus SE, Dreyfus HL. A five stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. Unpublished report supported by the Air Force Officer of Scientific Research. University of California. 1980
- Watson R, Simpson A Topping A. A Critical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature, Journal of Advanced Nursing 2002;39:421-431
- Burton AJ, Reflection: Nursing's practice and education panacea?. Journal of Advanced Nursing 2000;31:1009-1017.
- Walker M. How nursing service administration view clinical role specialists, Nurse management 1986, 17:52-54
- Atti del XVI° Aggiornamento Nazionale per Stomaterapisti ed Operatori Sanitari Storia ed evoluzione della Stomaterapia - E. Picaro, R. Brazzale, L. Langiu;
- La Riabilitazione degli Stomizzati - Silvia Editrice;
- Manuale di Coloproctologia per Infermieri, Le Enterostomie - Silvia Fusetti; Rosini Editrice Firenze;
- Manuale di Terapia Enterostomale- Edizione Luigi Ratti s.r.l Roma;
- Enterostomia da Enciclopedia Motta- Federico Motta Editore, 1991;
- Vocabolario della Lingua Italiana Lo Zingarelli 2002- Edizione Zanichelli;
- Aspetti Giuridici della professione infermieristica – Luca Benci - McGraw Hill
- Commentario al Codice Deontologico dell'infermiere 2009 – Annalisa Silvestro - Rivista L'Infermiere 2/09
- Santullo A, Ribecchi E. Rischio di burnout e mobbing per gli operatori sanitari di un'azienda territoriale. Professione Infermieristiche 2005; 58 (4): 215-220
- Begat I, Ellefsen B, Severinsson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being-a Norvegian study. Journal of nursing management 2005; 13: 221-230
- Gelsema T, van der Doef M, Maes S, Janssen M, Akerboom S, Verhoeven C. a longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. Journal of nursing management 2006; 14: 289-299
- Dupont JB, Leresh G. Definition et mesure des valeurs professionelles chez les futures bacheliers. Bulletin de Psycologie 1982; 355: 449-471

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 78

- Mc Neese – Smith D, Crook M. Nursing values and a changing nurse workforce: values, age and job stages. Journal of Nursing Administration 2003; 33 (5): 260-70
- Hegney D, plank A, Parker V. Extrinsic and intrinsic work values: their impact on job satisfaction in nursing. Journal of Nursing Management 2006; 14: 271-281
- Rebecchi E, Benassi M, Balzani R, Santullo A. Ricerca sulla realizzazione dei valori professionali degli infermieri neolaureati. International nursing perspectives 2007; 7 (1): 5-10
- Cox K., Ewan C. " Insegnare la medicina" Editore Cortina, Milano 1989.
- Ewan C., White R. "Il tirocinio. L'insegnamento clinico del Nursing" Editore Sorbona – Milano 1991.
- Gamberoni L., Grilli G., Lotti A., Marmo G., Massai D., Saiani L. " Lineee guida per un progetto di base dell'infermiere" Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I. – Roma 1999.
- Guilbert J.J. "Guida Pedagogica" Armando Editori, 3a edizione – Roma 1981.
- Rotondi M. " Facilitare l'apprendere" Editore Franco Angeli – Milano 2001
- Knowless M. " Quando l'adulto impara" Editore Franco Angeli – Milano
- La consulenza infermieristica tra l'infermiere esperto in wound care e l'infermiere stomaterapista: proposta di gestione e aggiornamento in tema di complicanze cutanee peristomali Di Lorenza Manganini; Io infermiere; anno 2007; n.1
- Demetrio D, Fabbri D, Ghepardi S. Apprendere nelle organizzazioni. Roma: Carrocci, 2001.
- Guilbert JJ. Guida pedagogica per il personale sanitario. Palasciano G, Lotti A (a cura di). Bari: Edizioni dal Sud, 2002.
- Kassirer JP, Kopelman RI. Learning clinical reasoning. Baltimore:Williams & Wilkins, 1991.
- Sasso L, Lotti A, Gamberoni L. Il Tutor nelle professioni sanitarie. Roma: Carrocci, 2003.
- Sasso L, Lotti A. Problem Based Learning per le professioni sanitarie. Milano: McGraw-Hill, 2007.
- Smith RM.The triple-jump examination as an assessment tool in the problem-based medical curriculum at the University of Hawaii. Acad. Med., 1993, 68: 366–372
- Manninen E. Longitudinal study of Finnish nursing students' preferences for knowledge in nursing practice. Scandinavian Journal of caring Science, 1999, 13: 83-90.
- Rowan P, Barber P. Clinical facilitators: a new way of working. Nursing standard, 2000, 14 (52): 35-38.
- Naphtine R. Clinical education: a system under pressure. Australian Nursing Journal, 1996, 3 (9): 20-24.
- Benbunan Bentata B, Alfaya Gòngora MM, Chocròn Cohen S, Cruz Quintana F,Villaverde Gutiérrez C & Roa Venegas JM.The emotional impact of a hospital. Rev. Enferm, 2005, 28 (10): 35-42.
- Olsson A, Halberg IR. Caring for demented people in their homes or in sheltered accommodation as reflected on by home-care staff during clinical supervisions. Journal of Advanced Nursing, 1998; 27: 241-252.
- Severinsson EI.The phenomenon of clinical supervision in psychiatric health care. Journal of Psychiatric and mental health Nursing, 1995, 2: 301-309.

Profilo Stomaterapista Corpo 08/09/2011 20.01 Pagina 79

- Price AM, Chaltker, M. Our journey with clinical supervision in an intensive care unit. Intensive and Critical Care Nursing, 2000, 16: 51-55.
- Cantarelli M., Il modello delle prestazioni infermieristiche, Collana di Scienze Infermieristiche, Masson, Milano, 1997.
- Kumar A, Lal P, Ingle GK, Gulati N. AIDS-related apprehensions among nursing students of Delhi. Journal of Communicable Disease, 1999, 31:217-221.
- A.Castellucci, L.Saiani, G.Sarchielli,L.Marletta (1997), Il tirocinio e il processo tutoriale nelle professioni sociali e sanitarie, F.Angeli,Milano.
- C.G.Cortese,A.Rossi(2004),Costruire il ruolo del tutor.For,58:16-21.
- J.J.Guilbert(2001), L'attraente ambiguità del sapere, saper essere, saper fare, Medic, 9:152-155.
- M.Knowles(2001), Quando l'adulto impara: pedagogia e andragogia, F.Angeli,Milano.
- Caturegli L., Frascione E., La formazione professionale degli infermieri ospedalieri, Ragno Editore, Roma, 1972.
- Cosmacini G., Medicina e sanità in Italia nel XX secolo. Dalla spagnola alla seconda guerra mondiale, Laterza, Bari, 1989.
- FN Collegi Ipasvi, Il percorso formativo della formazione infermieristica. Analisi e progetti, 2001.
- P. Lupano, CESPI, Dizionario delle professioni infermieristiche. UTET. Torino, 1997.
- Brazzale R., (Ottobre 1999), *L'infermiere e il Nursing Specialistico in Stomaterapia: Ruolo e Funzioni,* AIOSS - Atti del 14° Corso di aggiornamento Nazionale per Stomaterapisti ed Operatori Sanitari, Scalea – CS.
- American Association of Colleges of Nursing (1998) *Position statement: Certification and regulation of advanced practice nurses.* Washington: Autore. Accesso dell'8 giugno 2009 a http://www.aacn.nche.edulPublications/positions/cerreg.htm.
- Garden G. Carryer J., Dunn S.V., Gardner A. (2004) *Nurs Practiotioner Standards Project*. Queesland University of Technology: Australian Nursing Council.
- Hanson CM. (2005) Understanding regulatory, legal, and credentialing requirements. In A.B. Hamric, J.A. Spross, C.M. Hanson (a cura di) *Advanced practice nursing. An integrative approach* (3°edizione), pp. 781-. Louis: Elsevier Saunders.
- Pulcini J. Wagner M. (2004). *Nurse practitioner education in the United States*. Accesso del 24 aprile 2009 al sito htto://www.icn.apnetwork.orgl.
- Royal College of Nursing (2002, rivisto nel 2005) *Nurse practitioner: An RCN guide to the nurse practitioner role, competencies and programme approval*. London.

AIOSS