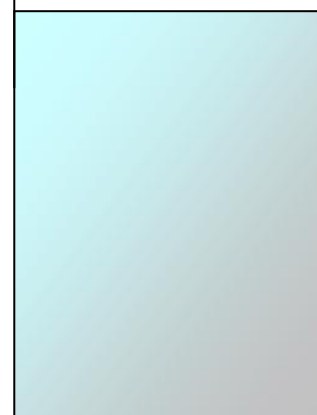


Polikromie

Il quadrimestrale dell'associazione **AMPESS**

Anno II - Numero 2
Maggio - agosto 2007



**...commentando il 1°
seminario AMPESS:**

**“MANAGEMENT INFERMIERISTICO:
RIFLESSIONI E PROSPETTIVE ETICO-
DEONTOLOGICHE NEL CONTESTO
SANITARIO ATTUALE”**

31 MARZO 2007 Lugo (Ra)

Al termine di un qualsiasi evento nel quale sono stati spesi fatica e impegno da parte di più persone si ritiene oltremodo doveroso fare un bilancio di cosa ha funzionato bene e, al contrario, quali sono gli elementi migliorabili per il futuro; ed è quello che abbiamo fatto con il seminario in questione, abbiamo cioè somministrato ai partecipanti un test di gradibilità anonimo da consegnare alla fine della giornata (ne sono stati ritirati 128. quindi praticamente tutti lo hanno compilato, e di questo cogliamo occasione per ringraziare) in cui si evidenziavano su scala numerica e con osservazioni aperte quella che era stata la percezione personale dell'evento, in positivo o in negativo.

Una procedura per noi comune durante i corsi svolti con AISACE dal 2000, in cui ad ogni corso viene chiesto di compilare il test, soprattutto per aiutarci a “capire” e a rendere maggiormente perfettibile l'edizione successiva cercando di far tesoro degli errori commessi o di focalizzare l'attenzione su aspetti più specifici.

Come prima considerazione sui risultati numerici possiamo affermare che ci hanno oltremodo gratificato, in quanto tutte le valutazioni specifiche riguardanti l'organizzazione, gli argomenti e gradimento complessivo hanno praticamente superato sempre il valore di 8 (su 10) fino a punte di 8,8.

Come AMPESS è stato il primo evento e dal punto di vista di organizzazione convegni con AISACE eravamo un po' “arruginiti”; per cui le valutazioni espresse ci dicono di continuare così cercando di lavorare specificatamente su alcuni punti.

A nome di AMPESS ci scusiamo per il disagio causato dal ritardo con cui il coffee break è stato servito: ritardo che conseguentemente ha fatto slittare l'inizio del pomeriggio e “ristretto” la pausa pranzo ad un'ora (era stata lasciata di due ore appositamente per permettere ai partecipanti di mangiare con calma...) ma quando ci si confronta con altre organizzazioni può capitare che ci siano incomprensioni che sfociano in carenze operative a danno in questo caso di chi ha partecipato.

Cercando di far tesoro dell'esperienza per il prossimo evento sarà nostra cura evitare di ripetere tale errore cercando, come personalmente avevamo dato indicazioni all'inizio del mattino, di rispettare i tempi il più possibile, sapendo dell'importanza di questo fattore.

Sinceramente una cosa che ci ha stupito (in diversi convegni non era mai capitato) è un commento che criticava il coffee break come eccessivo (oltre che dal punto di vista temporale-lecito) anche come “ricchezza” di alimenti, come pure la inadeguatezza della sala, che da anni vede convegni di ogni tipo e livello.

Per quanto riguarda la domanda aperta su “quali argomenti avreste voluto trovare inseriti” ricopiamo integralmente le proposte e i commenti ricevuti:

LEGGE 42/2006
CORSO FORMATIVO ASSIEME AI DIRIGENTI MEDICI/AMMINISTRATIVI
modelli organizzativi
maggior motivazione e credibilità degli argomenti trattati
quando la dirigenza tende a "mobbizzare" l'infermiere che propone l'etica come strumento paritario alla competenza clinica
argomenti validi, ma belle parole, esempi concreti sul campo non li ho riscontrati (copiato alla lettera)
prospettive contrattuali nella evoluzione culturale infermieristica
anzichè storia dei percorsi formativi (cui non

è stato dedicato molto spazio alla dimensione etica), esperienze concrete di riflessione su temi etici nella realtà operativa

Per le osservazioni generali finali abbiamo avuto un paio di commenti negativi riguardanti l'andirivieni e chiacchiere nella penultima relazione, e anche di questo dobbiamo fare ammenda (e tesoro per il futuro)in quanto come “vigilanza” non ci eravamo accorti del disagio provocato.

Un collega proponeva un questionario di gradibilità per ogni relatore: idea interessante e su cui si ritiene sia necessario riflettere anche se può essere concreto il timore che chiedendo di compilare diversi questionari alla fine o non si compilano o lo si fa frettolosamente.

Per il resto qualche complimento e una nota che afferma la “corporatività” di alcuni interventi.

Per concludere quindi ci sentiamo di affermare con soddisfazione che, anche se esiste un margine di perfettibilità si può essere soddisfatti del lavoro svolto; la prossima volta ci impegneremo ancora di più sperando di soddisfare ulteriormente i nostri soci anche se per esperienza possiamo dire che è impossibile accontentare tutti in maniera globale; inoltre è utile ricordare che la gestione organizzativa è “familiare”, cioè svolta tra amici e colleghi che credono (“anacronisticamente”?) in quello che fanno e che ricavano il tempo da dedicare allo sviluppo dell'evento rubacchiandolo tra i turni di lavoro, famiglia e sacro spazio personale... Sicuramente una azienda deputata alla organizzazione di convegni saprebbe far meglio..ma questo non fa parte di AMPRESS, né come possibilità né come filosofia..

Ringraziando quindi tutti i partecipanti, compresi i relatori, e chi ci ha dato fiducia salutando con un arrivederci al prossimo evento...

Il gruppo AMPRESS

** sul sito AMPRESS sono scaricabili i risultati del test di gradibilità e in visione le foto del seminario.*



Publicazioni online e plagio editoriale

di Luca Venturini
Vicepresidente AMPRESS

Sarò generico..molto generico. Questo per una salvaguardia della privacy delle persone coinvolte e per evitare di gettare “benzina sul fuoco” creando inutili conflitti.

Qualche riga semplicemente per riflettere e per raccontare un episodio che mi ha visto coinvolto in prima persona.

Qualche mese fa un amico e collega mi comunicava che un ente importante aveva indetto un concorso di carattere infermieristico a premi il quale tra l'altro prossimo alla scadenza.

Visitando il sito vidi che la tematica in questione poteva essere in parte attinente alla mia tesi di master di primo livello in management (depositata all'università Cattolica nel febbraio 2006), la quale verteva sugli aspetti etici del management infermieristico e dove in conclusione facevo una proposta di integrazione al codice deontologico infermieristico con articoli che riguardavano nello specifico il dirigente infermieristico (coordinatore, responsabile di Dipartimento o dirigente di Servizio Assistenziale).

Mancavano pochi giorni alla scadenza quindi decisi di non presentare nessun lavoro perché già coinvolto in altri impegni.

Il collega in seguito mi disse che un/a collega di una regione italiana aveva presentato un lavoro con delle caratteristiche simili a quelle da me analizzate nella tesi.

La mia prima reazione fu quella di chiedere se potevo comunicare con la persona in quanto sono convinto che la condivisione professionale sia un ottimo e piacevole elemento di arricchimento sotto molti punti di vista.

I mesi passano e in occasione del seminario del 31 marzo l'amico mi comunica che la persona da lei segnalata aveva vinto il primo premio (monetizzato) del suddetto concorso scusandosi se non mi aveva ancora inviato suoi dati per un contatto da parte mia.

Gli dissi quindi che oltre a complimentarmi virtualmente con la persona attendevo senza fretta sua mail sia per visionare il lavoro che per scrivere all'autore per eventuali collaborazioni future.

La sera dopo ricevo la mail e stampo il lavoro (12 pagine) così da poterlo leggere..con mia sorpresa sfogliandolo subito velocemente noto che uno schema è uguale a quello da me creato nella tesi e noto che non c'è traccia del mio nome.

“Va bè” mi sono detto “..una dimenticanza può succedere”..

Poi sfogliando più attentamente vedo con estremo stupore (non saprei definirlo diversamente) che le 12 pagine non sono altro che brani della mia tesi copiati e assemblati lettera per lettera (comprese le virgole) con aggiunta di qualche aforisma che nel mio lavoro non compariva!!!

Credo che chiunque possa rimanere allibito e sinceramente oltre allo sconcerto mi sono pure arrabbiato. Non tanto perché la mia tesi sia particolarmente importante oggettivamente e degna di tutele particolari ma per la scorrettezza estrema di un/a collega che tra l'altro ringraziava via mail l'ente in questione per la vincita con frasi riferite ad un duro lavoro di anni finalmente gratificato dalla propria creatività coadiuvata dall'enorme esperienza!

La cosa naturalmente ha scatenato arrabbiate varie, specialmente dall'ente che aveva sborsato la somma e la sensazione di

“presa in giro” vissuta dalla giuria esaminatrice.

Il giorno dopo ho contattato personalmente la persona la quale iniziava a giustificarsi dicendo di aver preso da internet qualche pezzo “qua e là”, che non pensava mai di vincere e la cosa più disarmante; che condivideva talmente il mio pensiero che lo aveva fatto suo!!

Il giorno dopo restituiva i soldi e inviava lettera di scuse al mondo intero col capo chino cosparso di cenere e “prostrazioni” varie.

Ora io mi chiedo innanzitutto quale tipo di gratificazione ci possa essere a pubblicare e vincere un concorso con un lavoro non proprio (malignamente mi verrebbe da pensare che il fattore “soldo” possa c'entare qualcosa ma spero non sia così..) ma bensì copiato di sana pianta, e con quale insensibilità ci si possa crogiolare sulla vittoria di un premio sapendo bene che il merito proprio è pari a zero...anzi dal punto di vista etico è di una scorrettezza incredibile.

Inoltre ci potevano essere gli estremi di una azione legale (legge 633/41) da parte mia e dell'ente in questione.

Naturalmente la cosa è finita lì col mio consiglio personale diretto alla persona coinvolta che la prossima volta che deve pubblicare qualcosa almeno che provenga da se stessa, nel bene o nel male che sia, e se, come tutti facciamo, si prendono frasi o concetti di altri è opportuno evidenziarne sia l'autore che la bibliografia, sperando che l'evento sia servito come esperienza maturativa per il futuro.

Un'altra riflessione che mi è balzata subito alla mente era la opportunità o meno di pubblicare on line i propri lavori, situazione che mi ha sempre visto infervorato sostenitore.

Come si è visto risulta poi facile il plagio! Ma d'altronde chiunque scriva qualcosa che sia libro, poesie, studi etc può essere oggetto di “parassitismo editoriale” quindi rimango fermamente della mia idea che i lavori devono

essere messi a disposizione di tutti e che internet è un veicolo straordinario da cui attingere, ovviamente con l'opportuno discernimento.

Inutile fare tesi, studi etc che poi rimangono in un cassetto o impolverati in qualche scaffale: io stesso ho avuto modo di utilizzare dei lavori svolti da colleghi per arricchirmi professionalmente, quindi mi sento in obbligo a fare altrettanto per contribuire (pubblicando sul sito ampess e personale e incentivando i colleghi a pubblicare lavori propri) anche se di poco, a migliorare il panorama culturale professionale.

Fregandosene alla fine di qualche soggetto che, per svariati motivi, copia e pubblica lavori non suoi, gratificandosi (misteriosamente.. perchè per me rimane un mistero il "come" ci si possa gratificare..) e sollazzandosi con disarmante ipocrisia.

Qualcuno può affermare che la persona in questione ha avuto una bella sfortuna.. probabilmente se capitava in qualche altra realtà geografica nessuno si accorgeva di nulla..ma come dice un vecchio detto "il diavolo fa le pentole, ma non i coperchi".



Sede Legale via A.Casoli, 45 41100 Modena

Sede Operativa via Canaletto, 88
41100 Modena (ITALIA)

Tel. +39 335 61.21.610

e-mail sede@bambinineldeserto.org,

Fax +39 059 33.18.37

internet www.bambinineldeserto.org

La formazione dei professionisti in sanita'

Anna Lusa

Infermiera,

*U.O Blocco operatorio P.O Faenza-AUSL Ravenna
Master in Management Infermieristico per le funzioni
di Coordinamento,*

*Istruttore di rianimazione cardio-polmonare tecniche
di base (BLS-D IRC-ERC) e di tecniche avanzate (ALS
IRC-ERC)*

La formazione si fonda su un processo di apprendimento continuo che inizia in tenera età e continua nell'arco di tutta l'esistenza. Il termine stesso comprende gli obiettivi più circoscritti dell'apprendimento, per addestrare e istruire, ma non si esaurisce in essi anzi, a questi aggiunge ciò che si evince dall'etimologia della parola educare (educere), cioè aiutare la persona a "tirar fuori" il meglio di sé.

Nel nostro caso la scienza dell'educazione a cui fare riferimento non sarà la pedagogia, il cui destinatario è innanzitutto il bambino, ma prenderemo in considerazione l'approccio dell'andragogia che si occupa degli adulti. Le differenze sono molteplici: il modello pedagogico attribuisce all'insegnante la piena responsabilità di prendere tutte le decisioni su quello che verrà appreso, ed anche sul come e sul quando verrà appreso; in altre parole è un'istruzione diretta dal docente, che lascia al discente solo il ruolo subordinato di seguire le indicazioni dell'insegnante. Nell'andragogia, invece, è centrale il richiamo alla responsabilità del discente e alla condivisione del progetto, come un contratto di apprendimento. Malcolm Knowles, una delle massime autorità degli Stati Uniti nel campo dell'educazione degli adulti e del training, nel suo modello considera gli adulti come learners, cioè come soggetti in apprendimento con le loro specifiche prospettive individuali. Egli propone il coinvolgimento diretto, anzi, assegna un ruolo decisionale ai soggetti dell'apprendimento in tutte le fasi del processo, a cominciare dalla determinazione

degli obiettivi educativi. La formazione dovrà quindi considerare l'individuo nella sua globalità, con la sua storia, con esperienze, idee, convinzioni, affetti, bisogni, motivazioni e interessi propri.

Ma la formazione è anche un processo complesso di trasferimento di contenuti e metodi per far acquisire alle persone livelli intellettuali, culturali e spirituali sempre maggiori e quindi, da un punto di vista scientifico, rappresenta l'insieme delle attività didattiche tese a preparare una persona a svolgere una attività e/o una professione.

Ed è a questo punto che entra in capo il concetto di apprendimento. L'etimologia stessa della parola, che deriva dal latino ad pre-hendere (prendere, comprendere, afferrare con la mente) ci permette di definirlo come quel percorso di acquisizione di conoscenze e capacità attraverso lo studio, l'esperienza o l'insegnamento. J.J. Guilbert, pilastro dell'andragogia medica moderna, definisce l'apprendimento come "un processo che comporta una modificazione relativamente stabile nel modo di pensare, di sentire, di agire del discente". Si tratta di un processo basato sull'esperienza che implica un cambiamento, nel lungo termine, del potenziale comportamentale.

L'apprendimento è il cuore del processo formativo.

Infatti, l'attivazione dei processi di apprendimento rappresenta l'obiettivo fondante e imprescindibile dell'attività di formazione.

Saper apprendere è diventata una necessità di questa epoca moderna in cui l'aggiornamento continuo è una necessità ineluttabile per tutti, dai lavoratori ai professionisti, dagli studenti agli insegnanti, perché la scienza e la tecnica si evolvono con una velocità che rende obsoleto in poco tempo qualsiasi ciclo di studi o di attività.

In sanità la formazione continua, che è tra le più importanti tattiche per lo sviluppo dell'Unione Europea mirate a promuovere la qualità del lavoro e l'integrazione, è il

processo organizzato di apprendimento successivo alla formazione di base. La formazione professionale si identifica come strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo. Le Aziende sanitarie fanno leva sui propri professionisti puntando ad un maggiore coinvolgimento attraverso la formazione continua, nella consapevolezza che la formazione può definirsi la leva strategica per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, per una crescita professionale volta all'accreditamento professionale e per lo sviluppo della salute.

La qualità dell'assistenza è fortemente influenzata dalle conoscenze e dalle competenze dei professionisti che hanno il compito di puntare all'eccellenza professionale e non ai livelli minimi di prestazione.

La formazione professionale risulta quindi essere l'arma vincente per mantenere un'Azienda sanitaria competitiva sul mercato. Ma come sosteneva anche C. Rogers (1973) "Non possiamo insegnare direttamente ad un'altra persona; possiamo solo stimolare il suo apprendimento."

Bibliografia

- Malcolm Knowles, "Quando l'adulto impara – Pedagogia e andragogia", Ed. Franco Angeli, Milano 1997
- Jean-Jacques Guilbert, "Guida pedagogica per il personale sanitario", Quarta edizione, Edizioni del Sud, Modugno (Ba) 2001
- Erika Leonardi e Silvio Rosignoli, "Gestire il cambiamento", editore UNI Ente Nazionale Italiano di Unificazione, Milano 2001



Il pedagogista clinico: la consapevolezza nella riflessione

Cristina Neretti

Infermiera

Docente in pedagogia e nursing

*Laureata in Scienze della Formazione - Università di
Bologna*

Master in Pedagogia Clinica - Isfar Firenze

“Io entro in conversazione e in discussione con grande libertà e facilità, perché l’opinione trova in me un terreno poco acconcio per piantarvisi e svilupparvisi profonde radici. Nessuna affermazione mi stupisce, nessuna opinione mi ferisce, per quanto contrastante dalla mia.” Montaigne

Nel complesso mondo della contemporaneità è nata una nuova professione, derivante da una sapienza antica che vede in noi stessi il miglior strumento di guarigione.

Il professor Guido Pesci, docente di Pedagogia speciale all’Università di Siena, chiarisce che “Siamo circondati da eccessi. Eccessi di modelli di terapie – il cognitivista, il comportamentista, lo psicodinamico... Eccessi di letteratura – quintali di volumi sull’arte della comunicazione. Eccesso anche di parola. Anzi, abuso. Il terapeuta è diventato un intervistatore a ripetizione, il paziente un inquisito e le varie sedute un interrogatorio a puntate, dove chi soffre viene bombardato di precetti e principi e assediato da tentativi di persuasione e imposizioni di comportamento. Il pedagogista clinico ribalta proprio questa situazione vessatoria. Non si pone come Maestro che dispensa saggi consigli o un Tutore che sorveglia i comportamenti. La parola, come medicina, ha fatto il suo tempo. Bisogna lasciare spazio alla riflessione, che è il vero strumento di guarigione. Il disagio della civiltà, per dirla con un classico, è la mancanza di introspezione, o meglio una sua diminuita capacità. Eppure è solo affrontando questa “discesa in se stessi” che ci si conosce veramente, che non si viene interpretati da un estraneo, ma ci si interpreta, e quindi si

capisce perché certe cose ci succedono o abbiamo dati impulsi. Solo dopo questo percorso in profondità potremo finalmente scegliere. Grazie alla riflessione il caos psichico si disperde e quelli che prima erano silenzi, reazioni, invettive diventano propositi, “idee forza”.

Il pedagogista clinico è un professionista la cui formazione trova serie basi in una disciplina alimentata da coesi contenuti umanistici e scientifici, impegnato a smascherare la confusione intellettuale e terminologica, evitare confusioni e pressappochismi, assumere una reale, inequivocabile identità. Il pedagogista clinico in questi trentadue anni ha trovato un proprio spazio operativo che lo distingue dagli altri professionisti, egli è un professionista che ha metodi e tecniche proprie e un proprio strumentario che gli permettono di non confondersi con gli psicomotricisti, terapisti occupazionali, psicologi o counselor. Un professionista che si distingue in ogni momento del suo operato, guidato da principi pedagogici. Le persone che segue non sono “casi”, né “pazienti”, ancor meno “feti”, i “bilanci” e i “profili” lascia che vengano utilizzati da altri, e pure non si affida alle fasi e agli stadi, convinto che la persona sia un continuum; né trovano accoglienza: esami, valutazioni, rilevazioni, somministrazioni, turbe e disturbi, sintomi e sindromi, tipologie nosografico-classificatorie, non cura né fa trattamenti, non prende in carico nessuno, né restituzioni, ancor meno usa strumenti che sono di altri. Egli ha un proprio patrimonio scientifico ed è capace di dare all’educazione un significato autentico.

Il pedagogista clinico è colui che si distingue come professionista nell’avvalersi di esclusivi metodi e tecniche, coperte da marchio registrato, tra cui:

- Metodo Self per il risveglio delle abilità nell’autonomia e coscienza di sé;

- Metodo MPI per l'attività e la mnesi;
- Metodo Bon Geste per la grafo espressività;
- Metodo Prismograph per educare al segno grafico;
- Metodo EUcalcolia per le abilità logico matematiche;
- Metodo Writing Codex per la codifica scrittoria;
- Metodo Educromo per la decodifica scrittoria;
- Metodo Edumovement per le esperienze organizzativo-motorie;
- Metodi Ritmo Fonico, Coreografia Fonetica, Vibro-vocale per l'ascolto, l'espressività e la comunicazione orale;
- Ludopedagogia per lo sviluppo delle funzioni emozionali;
- Metodo InterArt per lo sviluppo della creatività;
- Musicopedagogia per la facilitazione delle modalità interattive;
- Metodi Discover Project, Trust System, Touch-Ball, Body-Work per l'esplorazione del corpo;
- Reflecting per favorire l'evoluzione positiva;
- Semiotica Senso-Percettiva per facilitare l'interazione;
- PsicoFiabe per stimolare l'immaginazione;
- CyberClinica per il rinforzo ergico dell'Io.
- Questionario Self-concept per definire l'autostima;
- Scala Holmes-Rahe per definire il livello di stress personale;
- Analisi delle capacità intellettive;
- Scala dei valori professionali;
- Questionario sull'efficienza nello studio;
- Questionario di attribuzione di De Beni e Moè;
- Test del Pensiero Creativo;
- N.E.M.I – nuova scala metrica dell'Intelligenza;
- Test dei Colori di Luscher;
- Test della Mikowska;
- Test di Cornaw;
- Test della Macover;
- Test di Koch.

RIFLESSIONI SULL'INSERIMENTO DEL PEDAGOGISTA CLINICO IN AMBITO SANITARIO

Il pedagogista clinico è un professionista che ha ottenuto una specializzazione post laurea (dopo la Laurea in Scienze della Formazione o in Psicologia).

È iscritto al relativo Albo Professionale tenuto dall'ANPEC ed è ammesso alla Federazione Europea delle Associazioni dei Pedagogisti Clinici (Reg. Unione Europea n. 198364-2004).

Il pedagogista clinico affronta i molteplici bisogni dell'individuo, dunque si posiziona tra le professioni di aiuto alla persona.

Egli concretizza, in strutture pubbliche o private, diagnosi pedagogico-cliniche per conoscere la persona e svolge il suo impegno attuando interventi su soggetti di ogni età o su gruppi, per favorire un'equilibrata evoluzione socio-relazionale e psico-affettiva.

Appare dunque concreta l'idea dell'associazione tra educazione e sanità.

Il pedagogista clinico potrebbe svolgere importanti contributi in Azienda Usl in tutte

Il pedagogista clinico è colui che si distingue come professionista nell'avvalersi di un proprio strumentario diagnostico:

- Protocollo osservativi per l'Analisi delle Manifestazioni Ansiose e Depressive;
- Test Organizzazione Grafo-percettiva;
- Test Mnesi Immediata;
- Test di Attenzione e Faticabilità;
- Test di Maturazione logica;

le Unità Operative, ma in particolar modo nelle seguenti aree:

- ALLERGOLOGIA per i disturbi psicosomatici e/o allergici e loro conseguenza sulla vita delle persone:
 - a) accettazione di sé allergico (e/o celiaco) per la vita;
 - b) aiuto nelle manifestazioni psicosomatiche;
 - c) asma ed educazione respiratoria;
 - d) sostegno alle famiglie.
- MEDICINA DELLO SPORT
- MEDICINA DEL LAVORO per la formazione del personale ospedaliero, prevenzione dell'ansia da prestazione e di disagi intra ed extra personali:
 - a) bourn out;
 - b) mobbing;
 - c) gestione dei conflitti e dello stress;
 - d) strategie di comunicazione intrapersonale;
 - e) supporto nei gruppi di lavoro;
 - f) selezione del personale dopo attenta diagnosi delle potenzialità della persona;
 - g) mediazione di conflitti operatori sanitari- utenti al fine di ridurre gli accessi alle aule di Tribunale.
- NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
- NEONATOLOGIA ED OSTETRICIA
- PEDIATRIA per collaborazione con il medico pediatra:
 - a) supporto alla famiglia;
 - b) mediazione medico-utente (anche in fase adolescenziale);
 - c) mediazione medico-famiglia;
 - d) gestione ludoteca in unità operativa;
 - e) supporto per obesità, disturbi alimentari.
- CENTRI ADIBITI ALLA FORMAZIONE SOCIO-SANITARIA per tutoraggio d'aula in corsi di formazione al personale, progettazione di corsi e docenze.



Il codice etico degli scienziati

Fonte:

Pang CL. A code of ethics for scientist. The Lancet 2007; 369: 1068. -4 aprile 2007

Rigore, rispetto e responsabilità sono i concetti chiave per un codice etico universale degli scienziati. Lo ha sostenuto Sir David King, consigliere scientifico del governo di sua maestà britannica, in un intervento all'Imperial College di Londra tenuto lo scorso 13 marzo. Un nuovo codice etico è necessario, sostiene King, ma soprattutto deve essere un codice unificato, che cioè possa essere estensibile a tutte le discipline. L'intervento di David King viene ripreso sull'ultimo numero della rivista The Lancet.

Un ponte tra scienza e società

Le "tre erre" dunque dovrebbero essere il faro che guida l'operato degli scienziati: rigore, rispetto e responsabilità devono essere le linee a cui ispirarsi nella pratica quotidiana nei confronti della professione. Ma non solo; lo stesso tipo di attenzione deve essere rivolto anche ai propri colleghi, alla società tutta, agli animali usati spesso come modello sperimentale e all'ambiente. Uno degli scopi più importanti di un nuovo e condiviso codice è quello di "incoraggiare la ricerca etica, incoraggiare l'attiva riflessione tra scienziati sulle più ampie implicazioni ed impatti del loro lavoro, e supportare la comunicazione costruttiva tra scienziati e pubblico sulle tematiche complesse e impegnative", afferma lo stesso King. Nelle intenzioni di King e di chi ha collaborato alla redazione del documento, il codice non è rivolto esclusivamente agli scienziati ma, in senso lato, anche ai finanziatori, alle università, alle

industrie, persino ai sindacati che partecipano attivamente alla produzione scientifica e tecnologica.

Il codice

Il codice è il risultato di un anno di studio, che ha visto l'impegno di un gruppo di lavoro del Society and Society Champions Network. Il gruppo di esperti ha analizzato l'operato di istituzioni governative quali il Dipartimento della Sanità inglese, l'Agenzia per l'ambiente, l'Agenzia di veterinaria applicata. Dall'analisi dei comportamenti in atto e degli eventuali punti deboli sono state tratte le linee-guida che dovrebbero ispirare l'attività clinica e di ricerca di chiunque faccia parte del mondo scientifico.

“Quando etica e legge si scontrano: perché i medici partecipano alle esecuzioni capitali.”

Atul Gawande, MD. M.P.H.

Tratto da: NEJM – Volume 354; 1221-1229

March 23, 2006 – number 12

Traduzione di Elena Lavezzi

Articolo curato da Luca Venturini

Vicepresidente AMPESS

Terza ed ultima parte

Segue al numero precedente..

L'infermiere vide la sua partecipazione in termini simili. Aveva combattuto come marine in Vietnam e più tardi era diventato infermiere. Come riservista dell'esercito operò in una unità chirurgica in Bosnia e Iraq. Lavorò per molti anni in unità di emergenza, circa un decennio, come caposala in un dipartimento di emergenza. Lavorò in seguito come infermiere in un penitenziario dove prese parte ad una esecuzione con iniezione letale.

Era la prima esecuzione compiuta nello stato con questo metodo, e “allo stesso tempo c'era molta leggerezza sulle iniezioni letali,” disse. Nessuno in quello stato aveva idea di ciò che

implicava. “Il direttore aveva il protocollo del Texas e gli sembrava molto semplice. A cosa gli serviva personale medico? Il direttore disse all'infermiere che avrebbe praticato egli stesso l'endovenosa, sebbene non ne avesse mai praticata una prima.

“Tu, in quanto medico, lasci che questa persona trafigga il condannato per mezz'ora a causa della sua inesperienza?” mi chiese l'infermiere. “Io no” disse. “Non avevo scrupoli. Se questo deve essere fatto correttamente, se deve essere fatto, allora sono io la persona in grado di farlo.”

Si sentiva bene comunque. “Come marine e come infermiere..., spero di non diventare mai qualcuno che non si pone problemi nel togliere la vita di una persona. La società però ha scelto la punizione e lo ha fatto con attenzione, valutando le varie prospettive, disse. Il condannato aveva ucciso quattro persone, anche mentre era in prigione. Aveva organizzato con un complice di far saltare per aria la casa di un procuratore con cui era arrabbiato mentre il procuratore stesso, la moglie e i loro figli erano dentro. Quando il complice parlò, il condannato lo fece torturare e uccidere in un'area di sosta. l'infermiere non si trovò in disaccordo con il giudizio finale di condannare a morte quest'uomo.

L'infermiere prese molto seriamente il suo impegno. “In qualità di capo dello staff medico,” disse, “era mia responsabilità assicurarmi che tutto venisse fatto in modo professionale e rispettoso per il condannato in quanto essere umano.” Parlò del processo ad un ufficiale con il consigliere infermieristico, e sebbene il coinvolgimento è contro il codice etico dell'AMA, il consigliere disse che avrebbe potuto fare tutto tranne procurare i medicinali stupefacenti.

Così sottopose la questione al farmacista per reperire tali medicinali. Si diede da fare con il “civile” scelto per praticare l'iniezione e con le guardie affinché sapessero come gestire il prigioniero e assicurarlo con le cinghie. Il giorno dell'esecuzione l'infermiere vestiva come per la sala operatoria, maschera, cuffia,

camice e guanti sterili. Spiegò con precisione al prigioniero cosa sarebbe accaduto. Posizionò due endovenose. Il direttore della prigione lesse la procedura finale al prigioniero e lo invitò a pronunciare le sue ultime parole. “Non disse nulla della sua colpevolezza o innocenza,” disse l’infermiere. “Disse solo che l’esecuzione ci avrebbe trasformato in assassini, proprio come lui.”

Il direttore diede il segnale per iniziare l’iniezione. L’infermiere collegò la siringa all’endovenosa e disse al civile di introdurre il tiopentale sodico. “Il condannato iniziò a dire, ‘Sì, lo sento...’ e poi se ne andò.” Completarono l’iniezione e tre minuti dopo il battito cardiaco sparì dal monitor. I due medici presenti non fecero nulla se non pronunciare il decesso del condannato.

Personalmente sono stato a favore della pena di morte. Ero un ufficiale durante la campagna presidenziale di Clinton nel 1992 e nell’amministrazione, e con quel ruolo difendevo la posizione del Presidente in sostegno della pena capitale. Non ho alcuna illusione sul fatto che la pena di morte possa trattenere dall’uccidere. Confido inoltre nell’abilità del nostro sistema giuridico nel far sì che innocenti non vengano condannati. Tuttavia, credo che certi esseri umani che commettono crimini così diabolici, meritino la morte. Non mi dispiace che Timothy McVeigh sia stato giustiziato per le 168 persone che uccise nel bombardamento di Oklahoma City, o John Wayne Gacy per aver commesso 33 omicidi. L’Unione Europea si rifiuta di partecipare in alcun modo al processo di Saddam Hussein per via dell’insistenza della corte nel sostenere la pena di morte come possibile punizione, ma visto il ruolo di Hussein nel massacro di oltre 100.000 persone, mi sconcerata la posizione dell’Europa.

Ho sempre considerato sbagliato il coinvolgimento di medici e infermieri nelle esecuzioni. La società ci ha dispensato in modo esclusivo e straordinario a somministrare sostanze alle persone, fino

all’incoscienza di mettere nei loro corpi aghi e tubi, a fare ciò che altrimenti sarebbe considerato aggressione al fine di, secondo questa mentalità, salvare le loro vite e provvedere al loro benessere.

Il controllo dello Stato, per il suo mero interesse, contro l’essere umano, per punirlo, sembra proprio una pericolosa perversione. La società ci ha dato fiducia con potenti abilità e più siamo volenterosi nell’usare queste abilità contro ogni singolo individuo più rischiamo di perdere questa fiducia.

Alla società piacciono le esecuzioni ma non gli esecutori. Le interviste che ho catturato ai medici e all’infermiere, comunque, riflettono questi punti di vista- e nessun’altra intervista lo fa ad eccezione di quella con l’ultimo medico con cui parlai.

Il dottor D è un medico del pronto soccorso da 45 anni. E’ inoltre medico volontario per un centro di assistenza per bambini vittime di abusi. Si occupa di ridurre il fenomeno dei senza tetto. E’ contrario alla pena di morte poiché la considera disumana, immorale e inutile. E ha partecipato a sei esecuzioni.

Circa 8 anni fa fu costruita una nuova prigione proprio nella strada dell’ospedale in cui lavorava e aveva una infermeria “delle dimensioni di tutta la nostra sala d’emergenza”. Le prigioni, precisò, sono differenti dalle case di detenzione in cui vengono rinchiusi le persone arrestate e in attesa di giudizio. I più restano solo poche ore e poi vengono rilasciati. L’abuso di sostanze e i disordini sono ad alti livelli. Le persone hanno una ampia varietà di necessità mediche. E’ una popolazione affascinante; l’ambiente è molto simile a quello di un pronto soccorso. Si può avere un tremendo impatto sulle persone e sulla sanità pubblica”. Dedicò moltissimo del suo lavoro al sistema carcerario. Costruì un gruppo medico per i carcerati nella sua zona e presto divenne un difensore della medicina nelle centri di correzione penitenziaria.

Tre anni fa, i medici coinvolti in esecuzioni nel suo stato si ritirarono. Fu chiesto ad dottor

D se il suo gruppo avrebbe accettato l'incarico. Prima di rispondere, partecipò come testimone ad una esecuzione. “Fu per me una esperienza emozionante”, disse. “Ero sotto shock nel presenziare ad una cosa di questo genere.” Si era opposto alla pena di morte sin dai tempi del college e niente di ciò che vide gli fece cambiare idea. Tuttavia, contemporaneamente, sentì che c'erano necessità, in quanto esperto di medicina penitenziaria, a cui poteva far fronte.

Lesse dell'eticità della partecipazione. Conobbe il codice AMA contro le esecuzioni. Presto avvertì l'obbligo a non abbandonare i condannati nei loro ultimi istanti. “Noi, in quanto medici, non siamo i soli a decidere il destino di un individuo,” disse. “A mio modo di vedere si tratta di morte, la stessa che colpisce malati terminali. Solo che deriva da un processo legale invece che da un processo medico. Nel caso di un paziente che non sopravviverà a lungo alla malattia, noi medici dobbiamo garantire condizioni cliniche dignitose. Un paziente, prossimo alla pena di morte, non è differente da un paziente che muore a causa del cancro, a patto che il suo cancro non sia una sentenza di corte.” Il dottor D disse che aveva “la cura di questa cancro”- abolizione della pena di morte- ma “se la società e il governo non lo permetteranno, e un paziente muore, non gli dai assistenza??”

Il suo gruppo accettò l'incarico, e da allora prese parte al team medici per ogni esecuzione. I medici sono in grado di aiutare se ci sono difficoltà con l'accesso endovenoso, e il dottor D considera ciò la possibilità di garantire che il condannato non sentirà dolore e non soffrirà. Lui in prima persona pratica il monitoraggio cardiaco e dichiara il decesso. Guardando le variazioni sul tracciato dell'elettrocardiogramma, “iniziavo ad avere il riflesso di un medico di pronto soccorso, con la voglia di curare quel ritmo”, disse. A parte ciò, la sua principale reazione è quella di essere triste per ognuna

delle persone coinvolte- il prigioniero la cui vita sta per terminare, le vittime, i poliziotti penitenziari, i medici. Il guadagno del team medico è sostanzioso-18.000 dollari- ma dona la sua parte al centro di assistenza per bambini presso cui è volontario.

Tre settimane dopo aver parlato con me, mi disse di andare oltre e di usare il suo nome. E' Carlo Musso. Segue le esecuzioni in Georgia. Non vuole dare l'impressione di tenere tutto nascosto, disse.

Non vuole nemmeno suscitare preoccupazioni. Ma gli attivisti hanno già messo in discussione la sua licenza e la sua membership all'AMA e lui è rassegnato alla lotta. “Ci sembra sbagliato restare indifferenti, abdicare dalle nostre responsabilità nei confronti dei pazienti,” disse.

C'è un po' di scetticismo che l'iniezione letale possa essere senza dolore e pacifica, ma come le corti hanno riconosciuto, ciò richiede una assistenza e un giudizio medico significativo, dal posizionamento delle linee endovenose, al monitoraggio dello stato di coscienza e al dosaggio dei farmaci. In anni recenti, società mediche hanno convinto due stati, Kentucky e Illinois, ad approvare una legge che vieti la partecipazione di medici nelle esecuzioni. Inoltre, si intende continuare a fornire supervisione medica utilizzando infermieri e anestesisti. Come si può allora venire a capo del conflitto tra le forze governative per garantire i nostri principi etici e una presenza medica vietando proprio quest'ultima? Sono i nostri valori etici a dover cambiare?

Gli argomenti del dottore e dell'infermiere circa la competenza nei procedimenti di esecuzione devono prendere forza. Comunque per desiderio di essere vicini ad un condannato sembra chiaro che il condannato non è proprio un loro paziente. Diversamente da un vero paziente, un condannato non ha la facoltà di rifiutare “le cure mediche”, non è neppure concesso al condannato e alla sua famiglia di conoscere l'identità del medico. L'assistenza medica garantita serve

principalmente agli scopi del governo non ai bisogni del condannato in quanto paziente. La medicina sta diventando uno strumento di punizione. La stessa mano che gentilmente posiziona la linea endovenosa, che attentamente dosa il potassio è anche la mano della morte. Non possiamo negare questa verità. Il codice etico è giusto.

E' questa verità che mi persuade a cercare una soluzione legale alla partecipazione di medici ed infermieri nelle esecuzioni. E se la soluzione è quella per cui le esecuzioni non possono essere praticate senza, in quanto incostituzionali e crudeli, la pena di morte dovrebbe essere abolita.

E' assurdo che una società che punisce i suoi più diabolici assassini con la prigione è peggiore di quella che li punisce con la morte. Ma una società in cui il governo sovverte attivamente i principi etici della pratica medica è la peggiore in assoluto. Lo Stato ha mostrato buona volontà nell'utilizzo delle capacità mediche contro gli individui per i propri scopi posizionando tubi per l'alimentazione forzata e anche aiutato nelle esecuzioni.

Con il progredire delle tecniche mediche, l'interesse dello Stato verso le nostre capacità potrà solo aumentare. Preservare l'integrità della nostra etica non potrebbe essere più importante.

I quattro medici e l'infermiere con cui ho parlato hanno tutti agito contro i più importanti principi delle loro professioni. Le loro azioni hanno reso di fatto i nostri codici etici irrilevanti nella società. Va inoltre detto che i più presero molto seriamente i loro doveri. E' bene riflettere su questa realtà.

La cosa più semplice per ogni medico o infermiere consiste semplicemente nel seguire le regole scritte. Tuttavia ognuno di noi ha il dovere di non seguire alla cieca regole e leggi. Nel campo della medicina, ci si imbatte in conflitti circa ciò che è corretto, e le migliori azioni sono in tutti i settori: rilevamento della sofferenza nelle malattie terminali, uso di

narcotici per pazienti con dolore cronico, ricerca di fondi per le malattie rare, aborto, per nominarne solo alcune. Tutte sono soggette a regole professionali e leggi governative e a volte quelle leggi e quei regolamenti sono e saranno sbagliati. Saremmo presto chiamati a fare una scelta. Dobbiamo fare del nostro meglio per scegliere intelligentemente e saggiamente.

Qualche volta, comunque, sbaglieremo- come i medici e gli infermieri che hanno usato le loro competenze e reso possibili finora 844 morti per iniezione letale. Dovremmo prepararci ad accettarne le conseguenze. Ad eccezione del dottor Musso, i medici e gli infermieri che hanno cercato di tenere nascoste le loro azioni lo hanno fatto al fine di evitarne le conseguenze. In conclusione penso che questo è ciò che fa sembrare particolarmente preoccupanti le loro azioni. Non possiamo condannarli per il loro nascondersi. Ma non possiamo neppure ammirarli.

Il dottor Gawande è chirurgo endocrinologo all'Ospedale di Brigham e assistente presso la Harvard Medical School e Harvard School of Public Health di Boston.

E' possibile ascoltare una intervista al Dottor Musso sul sito www.nejm.org

RIFERIMENTI

1. Michael Angelo Morales v. Roderick Q. Hickman, No. C 06 219 JF, (Dist. Cit. Northern Dist. of Cal. February 14, 2006).
2. Michael Angelo Morales v. Roderick Q. Hickman, No. CV 06 00926 JF, (9 th Cir. February 20, 2006).



www.istitutogiordano.it

Ruolo infermieristico nelle MGF (Mutilazioni Genitali Femminili)

Inf. Xhyheri Orkida
(*TI cardiocirurgica casa di cura Villa Maria
Cecilia Cotignola RA*)
Inf. Venturini Luca
(vicepresidente AMPRESS)

La società odierna è in continuo cambiamento e uno dei compiti primari del professionista infermiere deve essere la comprensione dei motivi e le implicazioni socioculturali delle MGF.

Per avere un approccio assistenziale di buona qualità con le donne e le bambine “mutilate” non è sufficiente la perfetta conoscenza della pratica della deinfibulazione, se prima non ci si interroga sulle idee e le rappresentazioni che accompagnano queste pratiche nelle culture da cui provengono.

Una componente importante della deinfibulazione è quella chirurgica: nel trattamento post operatorio si evidenzia l'importanza dell'informazione alla paziente da parte degli operatori sanitari.

In questa fase la figura dell'infermiere, che è il professionista maggiormente a contatto con la paziente, assume una rilevante importanza.

Significativa è l'assistenza infermieristica transculturale per avere un valido approccio assistenziale; sarebbe quindi oltremodo opportuno che l'infermiere ne avesse una buona conoscenza.

Durante il percorso lavorativo l'infermiere si trova ad interagire con molte persone appartenenti a diverse culture; ne segue che di fronte a questo multiculturalismo esso deve essere in grado di pianificare e di conseguenza erogare una assistenza infermieristica “culturalmente” competente.

Riconoscere i bisogni culturali di una paziente è un fattore determinante: il **nursing transculturale** è una teorica nata nel 1960 da Madeleine Leininger. Fu lei ad usare per la

prima volta questo termine dandogli la seguente definizione:

“ un campo specialistico o branca del nursing che prende in considerazione lo studio comparato e l'analisi delle diverse culture in rapporto al nursing e alle pratiche di assistenza connesse allo stato di salute-malattia, alle credenze ed ai valori, con lo scopo di fornire alle persone assistenza infermieristica efficace e significativa, in linea con i loro valori culturali e il loro contesto”.

La Leininger ha schematizzato la sua teoria ispirandosi all'immagine del sole nascente. Il modello concettuale del sole nascente è composto di 4 livelli; il primo, secondo e terzo analizzano la visione del mondo, i sistemi sociali, gli individui, le famiglie, i gruppi e le istituzioni dei diversi sistemi sanitari.

In questo modo forniscono le conoscenze necessarie per pianificare e prestare un'assistenza culturalmente adeguata. Il quarto livello è quello delle decisioni e delle azioni di assistenza infermieristica.

La comunicazione con la donna sottoposta a MGF

La comunicazione infermiere-paziente è uno dei punti focali dell'assistenza, quindi risulta necessario stabilire una comunicazione efficace, cioè comprendere e farsi comprendere dalla paziente.

Nel caso di una donna sottoposta a MGF l'approccio iniziale può risultare difficoltoso; questo può essere dovuto soprattutto alla non conoscenza della lingua e della cultura, quindi un aiuto importante in questo può darlo la figura dell'interprete.

Un altro fattore da tenere presente è la terminologia che si usa nella comunicazione con le donne sottoposte a MGF.

Il termine mutilazione genitale potrebbe risultare offensiva per le dirette interessate, soprattutto se si pensa che tale pratica risponde ai canoni di bellezza e di perfezione del corpo femminile, caratteristiche ben

radicate nel paese d'origine delle donne infibulate.

Quindi l'uso del termine mutilazione può essere controproducente all'interno della comunicazione.

E' per questo motivo che risulta necessario comprendere quali termini la paziente e la sua famiglia utilizzano per riferirsi alla MGF. In questo modo si ha maggiore possibilità di creare una comunicazione positiva con la paziente.

Diagnosi infermieristiche

La diagnosi infermieristica è una componente delle fasi del processo di nursing (accertamento, diagnosi, pianificazione, attuazione, valutazione). La diagnosi tratta i problemi di salute reali o potenziali che possono essere gestiti attraverso interventi infermieristici indipendenti o collaborativi.

Nell'assistenza alla donna infibulata le diagnosi infermieristiche potrebbero essere le seguenti:

- *Compromissione della comunicazione correlata alla non conoscenza della lingua.* In questo caso l'infermiere dovrebbe cercare di comunicare con un linguaggio semplice e se lo ritiene opportuno avvalersi dell'aiuto di un mediatore culturale e/o traduttore.
- *Sensazione di vergogna nei confronti degli operatori sanitari correlata alla infibulazione.* Durante l'assistenza clinica la donna potrebbe sentirsi imbarazzata perché infibulata. Per diminuire il disagio della paziente l'infermiere, oltre ad avere un comportamento professionale, ad esempio durante la visita cercando un ambiente favorevole e accogliente, rispettando la privacy e soprattutto non fare sentire la donna come un "oggetto di studio" da mostrare a colleghi e medici, dovrebbe anche cercare di informarsi sulla cultura dei paesi da cui provengono le donne mutilate. In questo modo l'operatore sanitario sarà in grado di interagire meglio con la paziente.
- *Ansia correlata all'intervento chirurgico.* Per diminuire l'ansia l'infermiere deve informare e cercare di rispondere in modo esaustivo alle domande fatte dalla paziente. Potrebbe essere utile far incontrare la paziente con una donna deinfibulata; in questo modo essa si sentirà maggiormente rassicurata confrontandosi con una donna che ha subito lo stesso intervento.
- *Rischio di compromissione della percezione corporea correlato alla deinfibulazione.* Spesso l'infibulazione viene fatta in età infantile, quindi la donna non conosce l'anatomia e fisiologia della vulva. Sarebbe opportuno prima dell'intervento spiegare alla paziente quali cambiamenti anatomici comporterà la deinfibulazione.
- *Rischio di isolamento da parte dei familiari correlato all'intervento di deinfibulazione.* In alcuni casi i familiari della donna possono essere contrari alla deinfibulazione, quindi può sussistere il rischio che la paziente sia allontanata dal nucleo familiare. In questo caso è importante incentivare la partecipazione dei familiari, spiegando i benefici che deriveranno dall'intervento. Il coinvolgimento del marito risulta essere una buona strategia per evitare un possibile allontanamento della donna.
- *Rischio di infezione della sutura correlato all'intervento di deinfibulazione.* Nel periodo post operatorio è importante informare la paziente sul comportamento da adottare per evitare complicanze infettive della ferita. In questa fase l'infermiere informerà la paziente sull'importanza di una adeguata cura

igienica della ferita chirurgica, illustrerà i segni e sintomi di una possibile infezione (dolore, gonfiore, rossore, febbre...) etc.

Qualche dato di ricerca...

Nell'anno 2005 è stata svolta una ricerca infermieristica correlata ad una tesi di laurea in Infermieristica nella AUSL Ravenna. La popolazione campione è stata individuata nella totalità degli operatori della AUSL in questione che potenzialmente hanno maggiore possibilità di venire a contatto con le donne portatrici di MGF, quindi medici, infermiere, ostetriche, mediatrici culturali.

I tre ambiti territoriali e ospedalieri a cui è stata rivolta la ricerca sono quelli di Ravenna, Faenza e Lugo, precisamente UO di ginecologia e ostetricia e consultorio.

Sono stati somministrati 169 questionari pensati per la autocompilazione e rispettosi dell'anonimato: la rispondenza è stata del 55,6%.

In poche righe è difficile riassumere i risultati ma diamo qualche numero: gli infermieri rispondenti sono stati il 44,6% e il 45,7% degli operatori ha interagito con donne portatrici di MGF (il 28% riguarda gli infermieri); il 45,6% ha assistito ad un intervento di deinfibulazione; il 66% ha riscontrato difficoltà dovute alla lingua; il 78% ha esigenze di conoscere meglio la cultura delle donne; al 3% è stato chiesto di effettuare un intervento di infibulazione; l'88,2% ha la necessità di svolgere attività formative inerenti le MGF.

Per avere ulteriori informazioni sui dati di ricerca visitare il sito www.chittalink.it e www.ampess.it alla sezione Tesi; cliccare poi sulla tesi "Deinfibulazione genitale femminile: quale il ruolo infermieristico nell'assistenza clinica, psicologica e sociale?"

Riferimenti

1. Orkida Xhyheri Tesi di laurea Infermieristica Università degli studi di Ferrara – anno accademico 2003-2004 "Deinfibulazione genitale femminile: quale il ruolo infermieristico nell'assistenza clinica, psicologica e sociale?"
2. George J.B "Le teorie del nursing. Le basi per l'esercizio professionale" UTET Torino 1995



L'immigrazione solleva un problema etico

*Dott. Alvise Benelli
Medico ospedaliero*

Era il 1991, tempi decisamente ancora non sospetti per quel fenomeno globalizzato che sarebbe diventato in pochi anni l'immigrazione clandestina.

Il triangolo della vergogna in Puglia esisteva già, se pur non ancora nelle dimensioni di oggi, così come è stato documentato qualche mese fa. Ne erano pienamente coscienti le Istituzioni locali (Comune di Cerignola e Provincia di Foggia, Prefettura di Foggia), lo sapevano le forze dell'ordine (Carabinieri, Polizia, Guardia di finanza, Polizia municipale) ma soprattutto ne fu sensibilizzata la società civile. Ci fu un appello delle libere—associazioni locali e furono coinvolti i livelli nazionali di alcune strutture di solidarietà: ARCI, ANPAS, "Nero e non solo", Associazione Nelson Mandela.

Si organizzò, in collaborazione con le Istituzioni locali, un campo di accoglienza a Stornara che funzionò per un paio di mesi.

Era un campo organizzato secondo i protocolli della protezione civile: offrivamo alloggio in tende, due pasti al giorno, servizi igienici comprese le docce, un luogo di culto “forzatamente” polivalente, assistenza sanitaria con un medico, una ambulanza a disposizione per le emergenze.

Veniva chiesto agli ospiti un contributo, minimo ma non solo simbolico, per garantire la sopravvivenza dell'iniziativa; i contributi pubblici invece furono davvero simbolici.

Il campo aveva la possibilità di accogliere circa duecento persone, ma ben presto attorno ad esso si raccolsero centinaia di migranti che dormivano lungo i fossi e le strade in attesa di potere trovare un posto o semplicemente per sentirsi più vicino a chi, se pur un po' più fortunato, divideva il loro stesso dramma.

Gli ospiti erano allora pendolari del lavoro stagionale: in gran parte studenti o neolaureati al loro paese, clandestini o con visto turistico, che - ci raccontavano - periodicamente facevano la spola per racimolare un po' di danaro.

Avemmo a che fare anche con i rifugiati politici in attesa di riconoscimento del loro status.

Anche allora dentro al campo si selezionarono gruppi per etnia, o provenienza o religione, e vano fu qualsiasi tentativo di convincerli a superare le barricate, probabilmente anche per inesperienza nostra: eravamo volontari un po' allo sbaraglio.

Non si verificarono mai episodi di violenza fisica, né dentro, né, a quel che potemmo vedere, fuori del campo.

I caporali c'erano anche allora, anche se il servizio d'ordine del campo cercava di tenerli fuori: li vedevamo tutte le mattine fermi lungo la strada coi loro camioncini; era impossibile convincere i nostri ospiti a non ricorrere ad essi. I sindacati locali, con cui eravamo in costante rapporto, si dimostrarono ben presto assolutamente impotenti. Imparammo nostro

malgrado, dopo qualche esplicito colloquio, che non dovevamo intrometterci su quello che avveniva fuori dal campo, se ci tenevamo a far sopravvivere l'iniziativa.

Allora non c'era ancora la Bossi Fini, la nostra era un'iniziativa puramente umanitaria, ma non ci sarebbe dispiaciuto vedere di tanto in tanto una pattuglia delle forze dell'ordine che ci degnasse di una visita: la cosa non si verificò mai. Capimmo in seguito che la loro presenza sarebbe stata deleteria, perché alla loro vista molti braccianti fuggivano per evitare di essere schedati o segnalati e quindi vedere compromessa una loro successiva “vacanza lavoro”. Ci scontrammo anche con la realtà dei coltivatori locali che ricorrevano spesso alla segnalazione anonima per evitare di pagare la settimana ai braccianti.

Ricordo un episodio curioso: pochi minuti dopo la conclusione di un modesto convegno in cui un assessore locale si era schierato a mio fianco in una dura condanna su ciò che si stava verificando riguardo alle condizioni di lavoro dei migranti, lo ritrovai dietro ad una tenda che contrattava con un caporale la fornitura di un certo numero di braccianti per la raccolta dei pomodori del suo campicello.

Anche allora il rapporto con la popolazione locale era complesso. I nostri volontari avevano difficoltà ad andare nei bar di Cerignola o di Stornara per bersi una birra, la sera: erano trattati con diffidenza e mal tollerati. La gente in generale non capiva o comunque non approvava quello che stavamo facendo.

Questo succedeva quindici anni fa nel triangolo dell'oro rosso in Puglia e per noi che venivamo dal nord era un fenomeno quasi incomprensibile, scandaloso, che motivava rabbia e senso di ribellione.

Ma anche la società civile poté ben poco se è pur vero che non fummo in grado di promuovere una campagna di denuncia pubblica di sensibilizzazione, né riuscimmo l'anno successivo a ripetere l'esperienza.

Sono passati quindici anni: oggi testimonianze attendibili riportano che nelle

fabbrichette delle aree ricche del nord e del nord-est la situazione, se pur più edulcorata, alla fine non è molto diversa sul piano dei diritti e della loro tutela. Forse non ci sarà la violenza fisica descritta in Puglia, forse le condizioni di accoglienza sono un pochino migliori, forse la retribuzione è un pochino più elevata, forse il rapporto umano non è così violento, forse qualche “imprenditore agricolo” provvede anche a regolarizzare in parte la sua gestione, ma la radice del fenomeno non è poi, alla fine, molto diversa.

Il caporalato è tornato a far capolino nella ricca, sensibile e sensibilizzata Romagna: se hai bisogno urgente di una badante ti devi rivolgere alla matrona di turno che in pochi giorni ti procura la moldava o la rumena, solitamente laureata o per lo meno diplomata, che ti viene ad accudire il nonno; se devi raccogliere in fretta l'uva del tuo podere ti devi rivolgere al vicino imprenditore di turno che ha già provveduto ad importare dalla Albania o dalla Romania i braccianti necessari, fornendoli anche, bontà sua, dell'opportuna bicicletta per spostarsi nelle nostre campagne. In un paese di 50.000 abitanti, dove tutti si conoscono, il giorno di mercato si assiste all'emergere di una comunità cinese importante, alcuni in Mercedes e altri con le sporte piene dei rifiuti delle bancarelle, ma nessuno ti sa dare una risposta se chiedi da dove vengono e dove sono alloggiati.

Ebbene, se quindici anni fa in Puglia sussistevano i presupposti sociali ed economici per potere prevedere una evoluzione così negativa della situazione, se nella terra di Di Vittorio si assisteva con tolleranza o indifferenza alla violazione di qualsiasi contratto di lavoro, se si impostava una parte fondamentale dell'economia del paese sulla precarietà e sul lavoro nero, se si è tollerato che si arrivasse oggi a livelli di vera e propria schiavitù, di annullamento di diritti e della dignità dell'uomo, credo sorga spontanea la necessità di chiedersi dove sta la natura del problema.

Troppo facile rinchiudersi nella rabbia del momento, troppo facile scaricare le responsabilità su questo o quel politico di turno, troppo facile ancora dimenticare il giorno dopo ciò che è stato così ampiamente e faticosamente dimostrato.

Vorremmo essere smentiti se ci azzardiamo ad avanzare l'ipotesi che quello che si sta verificando da 20 anni in qua è un fenomeno di costume. L'illegalità, la cultura dell'illegalità, la logica del furbetto, la violazione delle leggi ed il loro aggiramento, supportate a volte addirittura dalla violenza fisica pura, sono diventate o stanno diventando parte del nostro modo di vivere.

Forse il percorso del fenomeno non è alla fine così difficile da individuare: è la logica del profitto che si sposa con la logica dello scontro tra ricchezza e povertà (che questa alberghi a sud o a nord-est poco importa).

Ma è anche una logica di fronte alla quale possono sorgere perplessità sul destino del nostro Stato di diritto, sul valore attuale della nostra cultura classica e del nostro percorso storico. Assistere a questi fenomeni ci porta a riflettere a come sia possibile che il "Dio Denaro" imperante riesca anche ad eclissare quella carica di solidarietà e di disponibilità di quella parte di società più civile per appiattirla ad un livello generale di perdita dei valori fondamentali della nostra civiltà.

Non ci sfugge che si tratta di un problema estremamente complesso, che non ha soluzioni immediate e tanto meno improvvisabili, ma se si aspetta che si radicalizzi ancora di più sarà sempre più difficile affrontarlo. Siamo anche coscienti che, essendo problema che non interessa solo l'Italia ma tutta l'Europa, sia pur in termini diversi, la soluzione debba essere ricercata in un coinvolgimento di tutto il sistema politico europeo.

Altro nodo fondamentale è costituito dal trovare la forza per non dimenticare. Ci ha colpito l'intervento sul forum di Repubblica di qualche tempo fa, di quel “destrino” (così si firmava lui stesso) che si augurava che i

reportages di denuncia facessero la fine che si meritano: essere dimenticato dopo pochi giorni.

E' necessario che chi ha responsabilità di governo si impegni a non dimenticare: lo deve a tutti coloro che di fronte a queste cose rimangono ancora inorriditi.

Bisogna rafforzare le Istituzioni e le forze dell'ordine, combattendo la corruzione e l'assenteismo, anche con sistemi repressivi, se necessario; noi crediamo che le nostre forze dell'ordine siano fundamentalmente sane: basta far passare il messaggio che l'Istituzione non è più disposta a tollerare alcuna violazione dello stato di diritto, che c'è la ferma intenzione di invertire un processo culturale deleterio, ed anche la tendenza di costume muterà.

Si tratta di un percorso culturale ed anche politico: deve passare il concetto che non è tollerabile che in uno Stato civile si lasci spazio alla mafiosità, si aprano strade alla perdita dei valori fondamentali della civiltà europea attraverso l'affermarsi del costume dell'elusione delle più banali regole di solidarietà umana, si favorisca addirittura l'affermarsi di sistemi di schiavismo e di violenza che sono insiti nella logica della speculazione e del profitto ad ogni costo.

Infine, riprendiamo in esame l'azione che possono svolgere le libere Associazioni della società civile, la loro capacità di intervento, sia in Italia che nei paesi da cui provengono i nostri immigrati. Il loro ruolo può essere determinante sia come "azione di sostegno" delle situazioni di emergenza sia come volano di propulsione per la sensibilizzazione, per la convivenza pacifica e giusta delle genti. Le Associazioni di volontariato, le ONLUS, le ONG, hanno la potenzialità di operare fattivamente, ma anche di coinvolgere la gente, di capillarizzarsi in tutti gli strati sociali, di promuovere fenomeni di testimonianza e di cambiamento del costume e delle culture. Si tratta di una potenzialità insita nel concetto di movimento e sta alle strutture istituzionali saperla utilizzare nel migliore dei modi.

Prendersi cura nel percorso formativo: strumenti pedagogici.

Giuliana Masera,

Infermiera,

laureata in filosofia,

Master in Relazioni e sentimenti nelle professioni educative e di cura ,

Docente in discipline demotnoantropologiche Corso di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Università degli Studi di Parma.

Introduzione

Pensare un percorso formativo, significa prendersi cura delle persone che ci sono state affidate affinché possano apprendere attraverso un insegnamento personalizzato abilità, conoscenze e competenze relative ai diversi ambiti disciplinari. In questo articolo cercherò di dimostrare come un percorso formativo strutturato attraverso Unità didattiche possa costituire uno strumento pedagogico efficace, facendo riferimento in particolare al lavoro di Benjamin Bloom pedagogista statunitense. Nel suo testo "Tassonomia degli obiettivi educativi" l'autore sostiene la tesi che compito di un percorso formativo deve essere quello di agire da un lato sulle caratteristiche dello studente e dall'altro sulla tassonomia degli obiettivi educativi e sulla classificazione delle capacità generali e specifiche da acquisire e da utilizzare durante l'apprendimento.

Le origini dell'Unità didattica

Intorno agli anni Cinquanta, sotto l'influsso delle ricerche del Comportamentismo e del Cognitivismo, si rafforzano negli Stati Uniti le ricerche riguardanti l'insufficienza di un insegnamento e di una organizzazione scolastica che facciano riferimento solo all'iniziativa e alle scelte dei singoli insegnanti, a programmi generali, ad una conoscenza approssimativa dei processi di apprendimento, mentre si denuncia la scarsa

attenzione prestata all'analisi della situazione, alla scelta degli obiettivi, all'individuazione e alla scelta dei contenuti, alla messa a punto dei metodi, alle verifiche e alla valutazione. Così sono molti i teorici, che approfondiscono la conoscenza dei curricoli scolastici e delle modalità di costruzione di itinerari didattici conformi allo stadio di sviluppo psicologico del bambino, basati sulla possibilità di raggiungere obiettivi prefissati e di verificare rigorosamente le mete raggiunte. Si chiama genericamente *mastery learning* (apprendimento per la padronanza) una corrente che si propone di rendere più proficuo il lavoro scolastico attraverso una razionalizzazione delle risorse destinate all'istruzione con percorsi individualizzati. I suoi teorici tendono a fare oggetto della ricerca, sullo sfondo di una classificazione e della individuazione delle categorie del comportamento umano, le caratteristiche e le condizioni dell'apprendimento nel presupposto che variando questo secondo fattore sia possibile migliorare la qualità e l'estensione del prodotto scolastico. In tal modo si cerca, mediante un'opportuna metodologia (comprendente l'accertamento dei livelli di partenza, la correlazione per ciascuno degli obiettivi iniziali per questi livelli, la scomposizione degli obiettivi fino a trasformarli in comportamenti semplici e misurabili, il collegamento dei metodi e delle verifiche con l'esatta misurazione e realizzazione degli obiettivi) di consentire ad un maggior numero di persone di riuscire a conseguire le finalità scolastiche. In generale i rappresentanti del *mastery learning* non insistono sulle capacità individuali o sul quoziente di intelligenza, quanto sulla storia dei singoli allievi, sui loro modi e sulla qualità di articolazione delle esperienze, dei comportamenti e dell'apprendimento, sull'analisi e la valutazione dei risultati. Essi sono convinti che un metodo educativo che rispetti i ritmi e i tempi di apprendimento rendendolo individualizzato e che programmi l'intervento didattico, qualifichi il lavoro

scolastico rendendolo in grado di sviluppare processi cognitivi, affettivi e pratici tali da modificare profondamente le caratteristiche, l'estensione e la qualità dell'acquisizione conoscitiva. In altri termini a costituire i supporti dei curricoli e degli obiettivi educativi non possono essere, come nella scuola tradizionale, le attitudini, le discipline, i programmi, i contenuti culturali, quanto piuttosto le situazioni e le unità di apprendimento, i comportamenti cognitivi e affettivi, la qualità dell'istruzione, il cambiamento nel comportamento.. In questa cornice di riferimento un'attenzione particolare viene dedicata alla questione della tassonomia, cioè alla classificazione dei fattori, delle categorie, dei comportamenti che intervengono nei processi di apprendimento.¹ Figura pionieristica e di spicco in questo campo è Benjamin Bloomⁱⁱ (1913-1999), autore nel 1956 di una "Tassonomia degli obiettivi educativi" dove sostiene la tesi che compito della scuola deve essere quello di agire da un lato sulle caratteristiche dello studente (comportamenti cognitivi di ingresso, qualità dell'istruzione, risultati dell'apprendimento, livello e tipo di profitto, ritmo di apprendimento, risultati effettivi) e dall'altro sulla tassonomia degli obiettivi educativi e sulla classificazione delle capacità generali e specifiche da acquisire e da utilizzare durante l'apprendimento. Egli spiega che la funzione della sua tassonomia risponde a precisi principi-guida: a) le principali distinzioni tra classi devono riflettere le distinzioni fatte dagli insegnanti circa il comportamento degli allievi; b) la tassonomia deve essere seguita interamente in modo logico e coerente; c) deve essere coerente con il livello di comprensione dei fenomeni psicologici attualmente raggiunto; d) la classificazione deve essere puramente descrittiva e neutrale rispetto a qualsiasi concezione educativa. Con la sua opera Bloom ha costruito una progressione ordinata di obiettivi possibili e verificabili al fine di facilitare il lavoro degli insegnanti impegnati

nella programmazione dell'attività didattica, nella costruzione di piani di studio e di individuazione dei relativi obiettivi. Questi ultimi sono classificati in due fondamentali aree:

1) area cognitiva: conoscenza, comprensione, applicazione, analisi, sintesi, valutazione;

2) area affettiva: ricezione, risposta, valorizzazione, organizzazione, caratterizzazione del valore.

La successione degli obiettivi, articolati anche in intermedi e particolari, segue il criterio della complessità delle competenze, nel senso che non è possibile l'acquisizione delle competenze di ordine superiore senza quella di ordine inferiore. Pertanto l'insegnante, individuati le competenze di partenza del singolo alunno e collocatele nella scala gerarchica dei valori, potrà impostare un lavoro adeguato per condurlo fino agli obiettivi prefissati. Infatti secondo Bloom non è questione di selezionare i talenti ma di sviluppare talenti, dato che non è rilevante l'uguaglianza dei punti di partenza quanto piuttosto quella di arrivo, poiché tutti possono raggiungere risultati positivi se la qualità dell'istruzione, le condizioni dell'apprendimento, la griglia dei processi cognitivi hanno un'articolazione tale da offrire strumenti di base di tipo operativo.

Nella prospettiva aperta da Bloom si collocano diversi autori, tra cui R. Gagné (n. 1916) autore de "Le condizioni dell'apprendimento" (1973), in cui la tassonomia dei tipi di apprendimento viene articolata come segue: 1) apprendimento di segnali, 2) apprendimento di connessioni stimolo-risposta, 3) apprendimento di una concatenazione (collegamento in sequenza di apprendimenti stimolo-risposta), 4) apprendimento di associazioni verbali, 5) apprendimento di discriminazioni (dare risposte diverse a stimoli simili), 6)

apprendimento di concetti, 7) apprendimento di regole (concatenazione di concetti), 8) soluzione di problemi (combinazione di regole per produrre capacità nuove).

L'Unità didattica quale metodologia educativa

La metodologia dell'educazione è quella parte della pedagogia che si occupa sostanzialmente di tre settori:

1. Conoscenza del soggetto dell'educazione

L'essere umano, nella sua concretezza storica, di quali energie fisiche, psichiche dispone per progredire nel suo percorso di crescita personale o professionale? Quali le risorse ambientali a cui poter attingere a tale scopo? Tutti questi elementi si rendono necessari per poter studiare l'attuazione del processo educativo formativo nella sua concretezza. Dopo questa conoscenza è possibile iniziare l'impegno educativo dell'educatore formatore.

2. Settore degli obiettivi

Il secondo compito, più strettamente specifico della scienza metodologica dell'educazione, è quello di elaborare tutta la gamma degli obiettivi e méte prossime da raggiungere

3. Settore dei procedimenti diretti a raggiungere gli obiettivi

Quali strumenti scegliere ed utilizzare per raggiungere gli obiettivi prefissi? Esistono criteri generali: la scelta dei mezzi basata sull'etica (liceità); e l'urgenza degli obiettivi da raggiungere (opportunità). Esistono criteri più specifici legati al criterio di efficienza dei singoli metodi e mezzi, per cui il metodo viene relazionato con i risultati e criteri di disponibilità e possibilità dei vari mezzi e metodi.ⁱⁱⁱ Le unità didattiche possono essere definite in questo senso un metodo

appropriato per realizzare un apprendimento efficace e personalizzato.

L' Unità didattica come percorso formativo.

L'*unità didattica* può essere fatta corrispondere alla scansione degli obiettivi formativi da far perseguire agli studenti.^{iv}

Il concetto di unità didattica introdotto nell'ambito del Piano di Winnetka (1919) poi precisato da Benjamin Bloom nell'ambito della teoria del *Mastery learning*. Nella scuola della lezione frontale l'esigenza della programmazione non era molto avvertita, perché l'attività non veniva svolta dagli studenti, ma dai docenti, peraltro molto spesso secondo schemi che erano quelli legati alla struttura logica delle discipline e consolidati dalla prassi didattica. La situazione cambia radicalmente nel momento in cui si riconosce che ciò che importa sono i processi di apprendimento, i processi attraverso i quali i concetti, le idee, le teorie vengono riscoperti, ricostruiti, reinventati dai singoli alunni, per cui occorre programmare soprattutto i percorsi apprenditivi, i percorsi formativi.

In tale prospettiva, le *Unità didattiche* si configurano come *percorsi formativi*. Occorre impegnarsi a scegliere strade: non si può imboccare la prima strada che si affaccia alla mente. Forse, al riguardo, potrebbe essere utilizzata l'analogia dell'intervento chirurgico. L'intervento chirurgico viene progettato sulla base dell'analisi del quadro clinico, costituito da tutti i più diversi accertamenti diagnostici, ipotizzando le diverse modalità di intervento, per scegliere quella più adeguata. Un chirurgo si pone il problema se è necessario amputare un arto oppure se si può intervenire solo sui muscoli, sui vasi sanguigni, sulle ossa, riducendo al minimo possibile il danno.

Forse si è portati a riconoscere legittimo un tale responsabile comportamento, trattandosi

di organi del corpo, la cui amputazione peraltro potrebbe far ricadere sul chirurgo delle responsabilità ove egli operasse senza adeguata consapevolezza, adottando una soluzione inadeguata.

Ma non si considera abbastanza che i danni prodotti dall'attività educativa e didattica possono risultare molto più gravi dei danni fisici.

Non si riflette abbastanza sui danni meno vistosi, meno eclatanti, che i mancati apprendimenti possono produrre nella vita degli individui, decretandone il destino, non solo professionale, ma anche umano ed esistenziale.

Occorre perciò riflettere sulla grande responsabilità che il docente ha nel momento in cui si accinge a proporre agli studenti determinati percorsi formativi.

E perciò l'individuazione dei percorsi didattici si configura come un'attività di grande responsabilità, alla quale occorre riservare grande attenzione.

E' importante che il materiale offerto agli studenti, sia esso costituito da parole, immagini, oggetti concreti, risulti adeguato ai loro livelli, ai loro stili ed ai loro ritmi di apprendimento, ma occorre soprattutto che gli studenti siano messi nella condizione di volerlo e di poterlo utilizzare per scoprire i concetti, le idee, le teorie.

Come si configura un'Unità didattica.

L'Unità didattica si configura in questo modo:

1. muove dall'*analisi della situazione*, cioè dalle *effettive capacità ed esigenze di apprendimento degli studenti*. Gli studenti hanno stili e ritmi di apprendimento diversi, che occorre tener ben presenti nell'impostazione dell'azione educativa e didattica, come viene in modo particolare sottolineato dalla metodologia del *Mastery learning*.

Poiché gli studenti possono essere produttivamente impegnati in un'attività di apprendimento solo se possiedono i relativi *prerequisiti cognitivi ed affettivi*, gli insegnanti, educatori, formatori, debbono individuare, sia le *conoscenze*, le *abilità* e le *capacità*, sia le *motivazioni* specifiche, che gli studenti possiedono in riferimento agli obiettivi da perseguire.

In effetti, l'elaborazione delle *Unità didattiche* deve realizzare un opportuno equilibrio tra la *struttura logica delle discipline*, che richiede il rispetto della progressione degli obiettivi e dei contenuti, e le *caratteristiche evolutive* degli studenti, le quali non vanno misconosciute, ma sollecitate, stimolate, promosse, nella prospettiva del raggiungimento di più avanzati livelli di sviluppo e di apprendimento.

2. precisa gli *obiettivi*, cioè *gli atteggiamenti*, *le capacità* e *le conoscenze* che gli studenti debbono perseguire. Nelle *unità didattiche* gli *obiettivi formativi a medio termine* della Programmazione didattica annuale vengono specificati e definiti, per quanto possibile, in termini di *obiettivi a breve termine*.

E' opportuno che gli obiettivi formativi siano precisati in termini quanto più possibile puntuali e chiari, accessibili ai singoli studenti, in modo che essi sappiano precisamente quali siano precisamente le conoscenze, le capacità e gli atteggiamenti da perseguire.

3. delinea *i percorsi* e *le procedure più idonee* cioè le *modalità concrete* delle attività che, secondo un'impostazione didattica prevalentemente fondata sulla ricerca, gli studenti sono chiamati a svolgere, in gruppo o individualmente.

4. stabilisce *i criteri* e *gli strumenti di valutazione* dei risultati conseguiti, considerando la valutazione come strumento per la continua regolazione della programmazione, cioè per introdurre per tempo quelle modificazioni o integrazioni che risultassero opportune. La valutazione assume *valenza formativa*, ponendosi come strumento per la continua regolazione della

programmazione, cioè per introdurre per tempo quelle modificazioni o integrazioni che risultassero opportune.

Le verifiche da effettuare al termine di ogni *Unità didattica* debbono consentire agli insegnanti di accertare se tutti gli studenti hanno conseguito o meno le mete perseguite attraverso le specifiche attività svolte, al fine di attivare immediatamente gli eventuali interventi compensativi o di recupero che si rendessero necessari per determinati alunni.

Nelle singole *Unità didattiche* vanno specificate, non solo le modalità della valutazione (criteri, tempi ecc.), ma anche gli strumenti da utilizzare: prove oggettive, ma anche altre forme meno formalizzate di verifica.

Costruire l'Unità didattica

Non ci sono vincoli particolari nella progettazione dell'Unità didattica, nel senso che ciò che conta è far sì che un determinato intervento verso una persona, per promuoverne l'apprendimento di nuovi contenuti (di conoscenza, di abilità o di atteggiamenti) venga il più possibile pianificato semplificato e verificato in tutti i passaggi e valutato.^v

A livello generale i momenti salienti dell'Unità didattica oltre all'analisi del contenuto (disciplina esperienza) e ai processi psicologici di chi deve apprendere, sono: la progettazione, la realizzazione e la valutazione.

La **progettazione** consiste nella elaborazione, razionale e sistematica, di tutte le informazioni connesse al fatto didattico.

La **programmazione** o realizzazione consiste in un procedimento operativo, sequenziale, sistematico e razionale (in cui ogni nuova operazione è strettamente giustificata da quella precedente) e non in un fare lasciato allo spontaneismo ed alla improvvisazione.

La **valutazione** riguarda tanto i "processi" quanto i "prodotti"; si valuta quindi nelle varie fasi: mentre si assumono

informazioni, mentre si progetta, mentre si programma e mentre si realizza; inoltre, si valutano tanto i gruppi quanto i singoli, le strategie e le modalità messe in atto.

A livello più operativo, l'Unità didattica comprende le seguenti fasi:

Identificazione dell'area, all'interno della quale scegliere il contenuto da proporre per l'apprendimento (ad esempio: autonomia, comunicazione, affettività, psicomotricità, conoscenza, discipline

scolastiche, relazione, organizzazione). In quest'area sono compresi gli Obiettivi generali che si vogliono raggiungere

Analisi della performance: l'obiettivo generale deve essere trasformato nell'obiettivo comportamentale e negli obiettivi comportamentali specifici; questi si ottengono mediante l'osservazione e la descrizione dettagliata delle azioni che un individuo compie nello svolgimento dell'obiettivo comportamentale; esempio:

- area principale: autonomia personale
- sottoarea o componente autonomia nell'abbigliamento
- obiettivo comportamentale: svestirsi
- obiettivo comportamentale specifico: levarsi le scarpe, levarsi la camicia, la giacca.....

L'obiettivo deve essere presentato in modo tale da far comprendere che la sua acquisizione è utile o indispensabile per eseguire un programma di studio o per esercitare una determinata professione o per imparare una tecnica utile.

Analisi dei prerequisiti : Il percorso dell'Unità didattica deve puntualizzare il tipo di abilità (conoscitive, operative, esperienziali) che il soggetto deve possedere, in partenza, prima di affrontare la nuova prestazione; queste abilità vengono identificate attraverso opportune prove di "accertamento".

Secondo Bloom è impossibile *"concepire compiti di apprendimento che non si fondino su acquisizioni precedenti. Anche un compito semplice, come imparare a disegnare un*

cerchio o un triangolo, presuppone che gli allievi abbiano una certa pratica nell'uso della matita, capiscano il significato delle parole dette dall'insegnante nel loro dare istruzioni, dispongano specifiche abilità motorie. Insomma, qualunque compito a cui si pensi, anche il più semplice, ha come base un apprendimento preliminare, specialmente quando si tratti di un compito scolastico.^{vi}

Anche in ambito sanitario, gli operatori possono confermare la necessità dei prerequisiti e il fallimento di tante istruzioni date ai malati o ai familiari, proprio perché non si è rispettato questo principio.

Preparazione della strategia operativa: è la sistemazione organica, coordinata e razionale di tutto ciò che è necessario per realizzare l'Unità didattica, quindi: degli obiettivi, dei materiali, degli spazi, di ciò che deve preordinare e fare il docente, di ciò che invece deve fare il discente, del tempo previsto e di tutte le altre risorse. In particolare in questa fase, gli obiettivi comportamentali vanno ordinati e gerarchizzati e per ciascuno di essi, occorre preparare un programma di insegnamento specificato il più possibile.

Valutazione: L'Unità didattica infine, oltre che essere verificata "in itinere", va valutata complessivamente. Può accadere che la fretta del didatta (formatore, istruttore, dirigente) di ottenere un risultato, da parte del discente, condizioni negativamente i suoi tempi ed i modi di apprendimento. Il fine dell'Unità didattica rimane prima di tutto e sempre quello di promuovere e di facilitare al massimo l'acquisizione.

Percorso dell'Unità didattica (scansione operativa dell'Unità didattica)

1. Area generale dell'apprendimento
2. area specifica dell'apprendimento o sottoarea (Obiettivi Generale)
3. obiettivo comportamentale o performance verificabile
4. rilevanza dell'obiettivo
5. analisi dei prerequisiti

6. scelta dei materiali
7. guida all'apprendimento
8. verifica dell'apprendimento
9. fissazione dell'apprendimento
10. guida al trasferimento dell'apprendimento.

Conclusioni

L'Unità didattica costituisce un processo all'interno di un'esperienza di apprendimento di durata varia, costruito strutturato e articolato in modo sequenziale e tale da consentire, grazie alla mediazione del docente il passaggio e la trasformazione di una disciplina o di un comportamento nella didattica di quella disciplina o di quel comportamento. In un percorso formativo professionalizzante quale un Corso di Laurea in Infermieristica o in Fisioterapia può costituire un importante strumento metodologico pedagogico di apprendimento utile al conseguimento degli obiettivi fissati (in un percorso di tirocinio per esempio) nel pieno rispetto delle personalità di ciascun studente.

ⁱ Cfr. Pancaldi Maurizio, *Linee di storia della pedagogia/2*, tratto da www.ilgiardinodei pensieri.eu/storiafil/pancaldi-2.htm

ⁱⁱ Bloom Benjamin Samuel (1913-1999), pedagogista statunitense, ha legato il suo nome all'indagine sull'itinerario di formazione educativa e all'idea di tassonomia. *L'Enciclopedia della filosofia e delle scienze umane*, Deagostini, Novara, 1996, pag. 112

ⁱⁱⁱ Macario Lorenzo, *Imparare a vivere da uomo adulto*, note di metodologia dell'educazione, Las, Roma, 1993, pag. 30-33.

^{iv} Cfr. per l'approfondimento dell'Unità Didattica l'articolo di Tenuta Umberto, *Rivista digitale della didattica*, *Itinerari didattici* sito www.edscuola.it. L'articolo è tratto da Tenuta Umberto *Il piano dell'Offerta formativa ¾ moduli e Unità didattiche. La programmazione nella scuola dell'Autonomia*, ANICIA, Roma, 2001

^v Per la costruzione dell'Unità Didattica ho fatto riferimento al testo di Bassetti Orlando, Lesca Renata, *La guida pedagogica e didattica del professionista. Manuale di autoapprendimento*, Rosini, Firenze, 1996 pag. 201- 205. E' utile un approfondimento anche in Bassetti Orlando, Lavalle

Tiziana, *L'infermiere eccellente ambiti e competenze*, Rosini, Firenze, 2003

^{vi} Bloom B.S., *Caratteristiche umane e apprendimento scolastico*, Armando, Roma, 1979.

News.....

- È in fase di completamento la stesura del Progetto Bouba in collaborazione tra AMPESS e l'associazione umanitaria Bambini nel Deserto. Il progetto si pone come obiettivo quello di raccogliere fondi per finanziare il corso di major dell'infermiere del Niger Boubacar Cissé...
- Entro breve uscirà il regolamento per il concorso fotografico AMPESS "Prendersi cura dell'altro" titolo ispirato al libro omonimo scritto dalla collega Giuliana Masera...
- Sono previsti eventi formativi in autunno tra cui un corso sull'EBN e una giornata col prof Spinsanti su bioetica e assistenza...
- Il 17 novembre ca si terrà il convegno a Lugo di Romagna "Il trasporto sicuro dei bambini"...
- In ottobre si terrà a Modena, sempre in collaborazione con l'associazione umanitaria Bambini nel Deserto il corso Africa Aid, il cui 50% delle quote iscrizione sarà devoluto da AMPESS per il progetto Bouba....

Per avere maggiori dettagli visitare il sito www.ampess.it