

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO**



**MASTER DI I LIVELLO IN**

**SENOLOGIA PER LE PROFESSIONI SANITARIE**

**BREAST NURSE**

***“Autonomia e responsabilità dell’infermiere di Breast Unit”***

**RELATORE:**

***Prof. Valerio Dimonte***

**CANDIDATO:**

***Dott.ssa Giulia Ricci***

**DIRETTORE DEL MASTER: *Prof.ssa Nicoletta Biglia***

**ANNO ACCADEMICO: 2013/2014**

# INDICE

PREMESSA .....	1
CAPITOLO 1. Evoluzione dell'autonomia e della responsabilità dell'Infermiere.....	4
1.1. La modernità di Nightingale.....	4
1.2. Il significato di Professione.....	5
1.3. Superamento dell'infermiere come <i>ancilla medicinae</i> .....	8
1.4. Dal "curare" al "prendersi cura".....	12
CAPITOLO 2. Autonomia e responsabilità in Breast Unit.....	16
2.1. Caratteristiche della Breast Unit.....	16
2.2. Caratteristiche del Breast Nurse.....	17
2.3. La Bussola dei valori della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta.....	19
2.4. Autonomia e responsabilità dell'Infermiere di Breast Unit.....	25
CAPITOLO 3. Autonomia e responsabilità infermieristica: indagine nella Breast Unit dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino.....	30
3.1. La Breast Unit dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino.....	30
3.2. Obiettivi.....	32
3.3. Metodologia.....	32
3.4. Risultati.....	35
3.4. Discussione.....	39
CONCLUSIONI.....	44
BIBLIOGRAFIA .....	48
ALLEGATI .....	51
ALLEGATO 1. Richiesta di intervista agli Infermieri di Breast Unit.....	52
ALLEGATO 2. Richiesta di intervista agli altri Professionisti della Breast Unit.....	53
ALLEGATO 3. Intervista agli Infermieri di Breast Unit.....	54
ALLEGATO 4. Intervista agli altri Professionisti di Breast Unit.....	55

## **PREMESSA**

Lo scopo della tesi è quello di indagare il percepito degli infermieri e degli altri professionisti della Breast Unit circa l'autonomia e la responsabilità del Breast Nurse, attualmente e potenzialmente.

L'evoluzione dell'autonomia e della responsabilità del Breast Nurse è il risultato dell'evoluzione della Professione Infermieristica, in quanto possiede una sua specifica identità professionale, un suo campo proprio di attività e di responsabilità e quindi di professionalità grazie ai profondi cambiamenti in particolare dagli anni '90 ad oggi, e dell'evoluzione della Senologia stessa, fino alla nascita della Breast Unit.

La Breast Unit nasce dalla necessità di un'integrazione, nell'attività assistenziale quotidiana alla donna con tumore al seno, delle diverse figure professionali ai vari livelli organizzativi, che condividano gli obiettivi di salute. Ciascun servizio diventa integrato, in modo tale da aggiungere valore alle professioni sanitarie. L'obiettivo della Breast Unit è di offrire un trattamento di altissima qualità come previsto dalle linee guida europee (EUSOMA) e ministeriali nell'ottica di una ottimizzazione delle risorse. Gli studi pubblicati nel 2012 hanno dimostrato che questo modello organizzativo è in grado di migliorare la sopravvivenza di queste pazienti e di garantire una miglior qualità erogata e percepita. In questo contesto si colloca il Breast Nurse.

Nel primo capitolo, attraverso una ricerca bibliografica, verrà ripercorsa l'evoluzione dell'autonomia e della responsabilità dell'infermiere, da mero esecutore di compiti e mansioni a vero professionista. Per lungo tempo infatti si è assistito ad una predominanza della professione medica, ma il progressivo consolidamento della professione infermieristica, anche attraverso il fondamentale passaggio rappresentato dai titoli universitari, ha modificato profondamente il panorama verso un'organizzazione effettivamente multi-professionale.

È cambiato anche il ruolo del paziente, non più destinatario di interventi decisi ed attuati nel suo interesse unilateralmente scelti dal medico, bensì è riconosciuto come titolare di un incompressibile diritto all'informazione e alle scelte sulle cure; diviene quindi parte attiva del processo decisionale.

Nel secondo capitolo, dopo aver descritto le caratteristiche della Breast Unit e del Breast Nurse secondo le linee guida europee, ci si concentrerà su quello che è il cuore della tesi, ovvero l'autonomia e la responsabilità dell'infermiere di senologia, dal punto di vista teorico.

Grazie allo studio di tipo qualitativo svolto, si potrà trovare nel terzo capitolo anche un riscontro nella pratica clinica di quanto fin qui spiegato. Attraverso lo studio effettuato presso la Breast Unit dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, si è voluto rispondere ad alcune domande circa l'autonomia e la responsabilità dell'infermiere:

1. Cosa si intende per autonomia e responsabilità dell'Infermiere di Breast Unit?
2. Qual è il valore etico che si pone alla base della Professione Infermieristica?
3. L'Infermiere di Breast Unit è veramente autonomo e responsabile? In quali attività della pratica clinica quotidiana?
4. Si potrebbe ancora assistere ad un'evoluzione dell'autonomia e della responsabilità dell'Infermiere di Breast Unit? Con quali modalità?

A questo scopo sono state condotte nel mese di Novembre 2014 delle interviste dirette al personale della Breast Unit dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino: un'intervista dedicata agli infermieri e un'altra dedicata agli altri professionisti dell'èquipe.

### *Ringraziamenti*

*Desidero ringraziare innanzitutto il relatore della tesi, il Professore Valerio Dimonte per il tempo che mi ha dedicato e per i preziosi consigli che mia ha saputo dispensare. Ringrazio tutto lo staff della Biblioteca del Corso di Laurea delle Professioni Sanitarie "Rosmini" di Torino e lo staff della Biblioteca di Ginecologia e Ostetricia del Dipartimento di Scienze Chirurgiche di Torino, che hanno saputo ascoltare ed interpretare le mie esigenze, facilitando le mie ricerche e fornendomi testi ed articoli indispensabili alla realizzazione del mio elaborato.*

*Vorrei esprimere inoltre la mia sincera gratitudine alle mie compagne di corso, per aver condiviso questo anno di Master insieme, per il confronto quotidiano e per la collaborazione dimostrata; in particolare ringrazio tra queste Michela: grazie alla sua determinazione e passione ho potuto portare a termine la parte pratica della tesi. Ringrazio il Coordinatore Infermieristico Silvana Storto e tutta l'èquipe della Breast Unit dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino per la loro disponibilità e il coinvolgimento dimostratomi durante le interviste.*

*Desidero ringraziare chi, nella mia realtà lavorativa quotidiana, mi ha permesso di frequentare il Master in Senologia: il Coordinatore Infermieristico del Reparto di Ginecologia di Asti, Ferraris Paola Guglielmina, e il Direttore del Dipartimento Materno Infantile, il Dott. Maggiorino Barbero.*

*Con affetto ringrazio la mia famiglia che mi sprona e mi sostiene emotivamente verso il raggiungimento dei miei obiettivi.*

*Infine dedico la mia tesi al mio futuro marito Gabriele. Grazie per essere ogni giorno al mio fianco.*

# **CAPITOLO 1. Evoluzione dell'autonomia e della responsabilità dell'Infermiere.**

## **1.1. La modernità di Nightingale.**

Negli anni della metà dell'Ottocento, nella storia della Medicina e della Sanità, si verificano due grandi rivoluzioni: la prima riguarda il concetto di malattia, la seconda implica un ripensamento generale dell'assistenza, principalmente per opera di Florence Nightingale. Infatti nella prospettiva di una Sanità che fosse attenta anche agli aspetti umanitari dell'assistenza, recependo nel contempo le suggestioni che venivano dal mondo scientifico, si colloca l'opera di Florence Nightingale, che con la creazione dell'infermieristica professionale dette vita ad una figura-chiave nella gestione della ospedalità: a lei si deve infatti la stesura di una carta degli infermieri, dove era richiamata la necessità di condurre vita irreprensibile e praticare la professione con onestà e decoro, elevandone il contenuto tecnico e coadiuvando il medico nel suo lavoro, offrendo la propria disponibilità per il benessere dei malati.

Nightingale contribuì a realizzare un'altra condizione essenziale per il successo della medicina moderna basata sull'ospedale e, in particolare, della chirurgia, con la sua crescente necessità di cure pre-operatorie e post-operatorie, fornendo un contributo fondamentale al rispetto delle regole dell'antisepsi e dell'asepsi, che contribuirono a trasformare la chirurgia in un lavoro d'èquipe; è proprio da questo modello che ebbero origine le prime infermiere appositamente addestrate per l'impiego esclusivo nelle sale operatorie, che fecero comparsa all'inizio del XX secolo.

La nuova Medicina iniziava quindi a recepire le istanze che venivano dal mondo dell'Igiene e una maggiore attenzione veniva prestata anche all'architettura ospedaliera, alla distribuzione degli spazi e dei servizi, alla creazione di sale-infermeria, all'interno delle quali veniva data grande importanza all'aria degli ambienti, che doveva essere pura come quella esterna, ma a temperatura opportuna, e il cui fabbisogno doveva essere calcolato sulla base di 30-60 metri cubi all'ora per i ricoverati nei reparti di medicina e fino a 100 per quelli di chirurgia.

L'opera di Nightingale fornisce il suo supporto anche in questo settore, imponendo la riflessione sull'igiene degli ambienti e sugli stili di vita, sull'organizzazione dei servizi

socio-assistenziali e sulla relazione d'aiuto con i malati, gettando le basi per la nascita e lo sviluppo del Nursing.

Attraverso il rilievo delle sue osservazioni e l'applicazione di modelli statistico-matematici, fornì le evidenze delle sue teorie che in breve tempo avrebbero condotto ad un'importante riduzione dei tassi di mortalità e di morbilità anche nella popolazione civile. Il "grafico dei cunei" con cui dimostrò come i suoi interventi assistenziali avessero notevolmente ridotto la mortalità per malattie dei soldati inglesi, acquista notevole importanza nel quadro di un approccio statistico ancora in via di definizione: Nightingale portò un contributo determinante riguardo ai metodi di raccolta sistematica dei dati epidemiologici al Congresso Internazionale di Statistica, tenutosi a Londra nel 1860: si assiste ad un apporto decisivo all'evoluzione della teorizzazione disciplinare, superando l'eredità del filantropismo, in nome della centralità del malato nell'atto medico e assistenziale.

Possiamo parlare della sua modernità per il fatto che ha portato il suo personale contributo di passione umana, ricerca scientifica e impegno civile, rappresentando uno stimolo a ripensare quanto essere infermiere costituisce un impegno verso la società, non solo verso il singolo assistito. Partecipa al debutto della rivoluzione igienista negli ospedali e all'avvio della lotta infettivologica in un momento in cui l'ospedale manteneva di fatto tutte le caratteristiche medievali: l'*hospitalitas* prevaleva sulla cura e l'accoglienza era determinata da fattori culturali più che dalle osservazioni scientifiche.

## **1.2. Il significato di Professione.**

Florence Nightingale, costruendo il profilo dell'infermiera, utilizza il termine "professione" con un azzardo storico non indifferente. La migliore eredità che lascia è riferibile proprio ai pilastri esplicativi che sorreggono il concetto di professione e più specificatamente di Professione Infermieristica: la scienza, la coscienza e la loro unione nell'organizzazione professionale. È lei che ci indica alcuni atteggiamenti fondamentali, alla base della moderna scienza infermieristica:

- il profondo legame tra teoria e prassi. È necessario che esista tra i due non un rapporto oppositivo, bensì un originale rapporto mimetico tra prassi osservativa e definizione teorica;
- ogni definizione e riflessione teorica non può che basarsi sul pensiero critico, caratterizzato dai processi mentali di discernimento, analisi e valutazione, con

l'obiettivo di formare un giudizio solido che riconcilia l'evidenza scientifica con il senso comune;

- prima di ogni metodo scientifico, la domanda che sempre si pone è legata al *perché* di un avvenimento, dal quale ne deriva il *cosa* e di conseguenza il *come*, mai il percorso contrario;
- la ricerca sulla scienza infermieristica non è mai finita ma in continuo divenire.

Definire cosa sia esattamente una professione non è semplice, ma in termini molto generali alcuni elementi possono essere presi a riferimento, quali:

- un corpo sufficientemente consolidato e distinguibile di saperi in grado di connotare l'unicità della professione in relazione alle funzioni svolte;
- un meccanismo formalizzato di trasmissione dei saperi e delle competenze ai nuovi membri, meccanismo che rappresenta anche la base di un certo grado di monopolio da parte della professione (solo i membri certificati possono eseguire certi atti e assumere certi ruoli);
- l'esistenza di un apparato giuridico in grado di tutelare e rafforzare il monopolio dal punto di vista legale;
- possibilità per i membri della professione nei differenti contesti nei quali operano di applicare effettivamente e in autonomia le proprie conoscenze e competenze;
- un certo grado di riconoscimento sociale.

Non tutte le dimensioni citate (Manzoni, 2010) devono essere egualmente sviluppate, ma una professione si considera tale quando riesce a posizionarsi adeguatamente rispetto all'insieme di questi elementi.

Il richiamo al significato di professione risulta essenziale in quanto le professioni e le loro reciproche relazioni giocano nel campo sanitario un ruolo di fondamentale importanza. I contenuti, l'organizzazione dei saperi, i confini che tra questi si stabiliscono, le modalità di trasmissione alle persone che hanno l'esclusiva sulla concreta applicazione del sapere stesso, il modo in cui nelle organizzazioni i compiti vengono distribuiti tra gli appartenenti alle diverse comunità professionali sono tutti elementi che concorrono a definire sia i risultati complessivi dei processi di cura in termini di efficacia ed efficienza, sia la nozione stessa di salute.

Per lungo tempo si è assistito ad una predominanza della professione medica, ma il progressivo consolidamento della professione infermieristica, anche attraverso il



fondamentale passaggio rappresentato dai titoli universitari, sta modificando profondamente il panorama verso un'organizzazione effettivamente multi-professionale. La principale criticità è come la descrizione di un ruolo, su i cui contorni e contenuti non sembrano esserci dissensi espliciti, possa trovare concreta applicazione nel reale funzionamento dei servizi, nella loro organizzazione, nei processi decisionali e, in ultima analisi, nello status che alla professione viene riconosciuto. Di fronte ai molteplici ostacoli che rallentano l'evoluzione della professione infermieristica, come contribuire attivamente ai processi di cambiamento?

Sono potenzialmente disponibili due approcci molto diversi:

- una prima posizione disegna ruoli e contenuti della professione a partire dal *sapere infermieristico* e dai suoi costanti e progressivi sviluppi. Questo significa creare o sfruttare le occasioni perché un modello ideale, preventivamente determinato, possa trovare una sua coerente realizzazione;
- un secondo approccio, pur tenendo fermi alcuni principi che la disciplina sviluppa, disegna ruoli e contenuti anche in relazione alle occasioni che l'evoluzione dell'ambiente offre. Ne consegue che ciò che gli infermieri dovrebbero fare e il ruolo che dovrebbero assumere dipendono anche dalle trasformazioni in atto o prevedibili nei contesti operativi e organizzativi in cui operano.

Questo cambiamento di orizzonte apre nuove prospettive e opportunità per la professione infermieristica: gli infermieri sono i candidati naturali a diventare i protagonisti, in quanto essi rappresentano la componente prevalente e fondamentale dei processi produttivi.

L'opportunità di fondo è abbastanza evidente ed è quella di autonomizzare la dimensione assistenziale e di supporto, tradizionalmente assorbita nelle responsabilità gestionali e organizzative della professione dominante, e far valere la peculiare posizione degli infermieri nei processi assistenziali per assicurare adeguate prospettive di sviluppo alla professione, anche attraverso l'assunzione di maggiori responsabilità organizzative e gestionali.

Secondo uno studio italiano condotto nel 2011 (Del Vecchio, 2012) la situazione degli infermieri è molto diversa da quello dei medici anche dal punto di vista demografico: gli infermieri rappresentano una popolazione molto più giovane e relativamente più equilibrata nella distribuzione per età. Se poi si considera che la durata di formazione universitaria è tuttora di tre anni, risulta evidente la rapidità di possibile aggiustamento

delle due professioni a fronte di mutamenti della domanda. Una popolazione più giovane ha inoltre maggiore flessibilità e quindi capacità di adottare più rapidamente nuovi modelli di ruolo rispetto a quelli tradizionali.

In conclusione ciò che gli infermieri hanno fatto negli ultimi due decenni, come hanno trasformato la loro professione e le loro prospettive, risulta essere sorprendente. È difficile immaginare che un'azione efficace si possa limitare allo sviluppo della professione esclusivamente nei contesti di lavoro senza toccare la creazione del sapere (ricerca) e i modelli e le condizioni per la sua trasmissione (didattica universitaria).

In ultimo, senza una robusta alleanza con le aziende e le loro regioni, difficilmente vi potranno essere solidi e significativi progressi nelle condizioni complessive della professione.

### **1.3. Superamento dell'infermiere come *ancilla medicinae*.**

Oggi la professione infermieristica possiede una sua specifica identità professionale, un suo campo proprio di attività e di responsabilità e quindi di professionalità, grazie a profondi cambiamenti in particolare dagli anni '90 ad oggi.

Sul versante della formazione:

- gli infermieri, da una professione ausiliaria, sono giunti ad una professione sanitaria formata in Università, con un campo proprio di autonomia e responsabilità. Il Decreto MURST 02/12/1991 autorizza le Facoltà di Medicina e Chirurgia ad istituire il Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche; si assiste ad una vera svolta per gli infermieri italiani: l'affermazione dell'assistenza infermieristica come disciplina scientifica autonoma e la promozione di una cultura professionale in grado di contribuire significativamente ad elevare il livello qualitativo dei servizi sanitari;
- il Dlgs n.502 del 30/12/1992 e le sue integrazioni Dlgs n.517 del 07/12/1993, rappresenta la seconda grande svolta per il SSN e la prima pietra del processo evolutivo della professione infermieristica, in quanto dà il via alla formazione di primo livello di infermieristica in ambito universitario, sopprime le scuole regionali ed inoltre richiede l'obbligo di un diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado per l'accesso ai relativi corsi;
- con il Decreto MURST 02/04/2001 vengono istituite le lauree triennali e specialistiche delle professioni sanitarie con i relativi ordinamenti didattici;

- Legge del 1 febbraio 2006, n.43 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l’istituzione dei relativi ordini professionali”, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 40 del 17 febbraio 2006. Art. 2. L’esercizio delle professioni sanitarie di cui all’articolo 1, comma 1, è subordinato al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all’esercizio della professione. Tale titolo universitario è valido sull’intero territorio nazionale nel rispetto della normativa europea in materia di libera circolazione delle professioni ed è rilasciato a seguito di un percorso formativo da svolgersi in tutto o in parte presso le aziende e le strutture del Servizio sanitario nazionale, inclusi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), individuate dalle regioni, sulla base di appositi protocolli d’intesa tra le stesse e le università, stipulati ai sensi dell’articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30/12/1992, n. 502, e successive modificazioni.

ART.6. In conformità all’ordinamento degli studi dei corsi universitari, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie è articolato come segue: professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo equipollente; professionisti coordinatori in possesso del *master* di primo livello in *management* o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall’università;

professionisti specialisti in possesso del *master* di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall’università; professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica che abbiano esercitato l’attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell’articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni.

- Decreto interministeriale 19/02/2009 prevede la Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie: Professioni sanitarie infermieristiche e Professione sanitaria ostetrica, Professioni sanitarie della riabilitazione, Professioni sanitarie tecniche e Professioni sanitarie della prevenzione.

Sul versante dell’esercizio della professione:

- il DM del 14/09/1994 n.739 definisce l'infermiere responsabile dell'assistenza infermieristica, indicando specificatamente gli ambiti nei quali si manifesta la sua professionalità. Art.1. È individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. Il decreto 739/94 sulla determinazione del Profilo Professionale dell'Infermiere rappresenta una pietra miliare nel processo di professionalizzazione dell'attività infermieristica. Esso 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;
- con la Legge n.42 del 26/02/1999 il profilo dell'infermiere afferma finalmente il suo ruolo di protagonista nello sviluppo della professione infermieristica. Abolendo il termine "ausiliaria" l'infermiere è riconosciuto come professionista sanitario autonomo, responsabile dell'assistenza infermieristica, funzione complementare alla medicina insieme alla quale, a pari dignità, contribuisce a tutelare la salute individuale e della collettività. Cardine di questa legge è l'abrogazione del Mansionario (approvato con DPR n.14/03/1974) ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V per quanto riguarda l'infermiere generico<sup>1</sup>. "Il campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie ... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e dagli ordinamenti

---

<sup>1</sup>TITOLO V: Mansioni dell'infermiere generico. L'infermiere generico coadiuva l'infermiere professionale in tutte le sue attività e su prescrizione del medico provvede direttamente alle seguenti operazioni:

a. assistenza completa al malato, particolarmente in ordine alle operazioni di pulizia e di alimentazione, di riassetto del letto e del comodino del paziente e della disinfezione dell'ambiente e di altri eventuali compiti compatibili con la qualifica a giudizio della direzione sanitaria; b. raccolta degli escreti; c. clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi, rettoclisi; d. bagni terapeutici e medicati, frizioni; e. medicazioni semplici e bendaggi; f. pulizia, preparazione ed eventuale disinfezione del materiale sanitario; g. rilevamento ed annotazione della temperatura, del polso e del respiro;

h. somministrazione dei medicinali prescritti; i. iniezioni ipodermiche ed intramuscolari; j. sorveglianza di fleboclisi; k. respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno; manovre emostatiche di emergenza.

Gli infermieri generici che operano presso istituzioni pubbliche e private sono inoltre tenuti:

a. a partecipare alle riunioni periodiche di gruppo per finalità di aggiornamento professionale e di organizzazione del lavoro; b. a svolgere tutte le attività necessarie per soddisfare le esigenze psicologiche del malato e per mantenere un clima di buone relazioni umane con i pazienti e con le loro famiglie.

didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario di formazione post-base, nonché degli specifici codici deontologici ...”. La Legge n.42/99 stabilisce inoltre l’equipollenza dei diplomi universitari con quelli conseguiti in base alla precedente normativa, sia per l’esercizio professionale sia per l’accesso alla formazione post-base;

- la Legge n.251 del 10/08/2000 sancisce l’autonomia professionale nelle funzioni previste dal Profilo Professionale e dal Codice Deontologico e dispone l’adozione di metodologia di pianificazione dell’assistenza per obiettivi. Viene riconosciuta la possibilità alle aziende sanitarie di attribuire l’incarico di dirigente all’infermiere e all’ostetrico ai fini di migliorare l’assistenza e la qualificazione delle risorse. Si assiste all’istituzione delle cattedre disciplinari e dei vari concorsi per l’insegnamento universitario (Benci, 2005);
- la Legge n.43/2006 art.6 stabilisce l’articolazione del personale laureato appartenente alle professioni sanitarie e dichiara possibile l’istituzione di funzione di coordinamento da parte delle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche interessate con relativi criteri di attribuzione.

Il cambiamento normativo permette quindi di cogliere l’essenza stessa dell’infermiere, superando l’individuazione delle mansioni e comprendendo come ci si trovi di fronte ad un processo di maturazione professionale e giuridica che ha investito la professione. L’infermiere non deve essere più tratteggiato come “esecutore materiale” ed è necessario considerare che gli ambiti professionali all’interno dei quali si muovono sia medici che infermieri siano del tutto distinti e specifici, ognuno con una propria dignità professionale e scientifica, dove il curare e il prendersi cura devono essere prerogativa di professionisti differenti che, pur integrandosi tra di loro, mantengono sempre inalterate le loro sfere di autonomia professionale.

Deve emergere il significato dell’essenza della professione infermieristica, ancora troppo spesso confusa e scambiata per una professione ausiliaria al medico, e ciò secondo vecchi e superati modelli che vedevano e soprattutto volevano una infermieristica *ancilla medicinae*.

Si assiste ad un passaggio fondamentale: da una condizione di eteronomia ad una condizione di autonomia, ovvero da una condizione di dipendenza ad una condizione di

autonomia professionale. Questo comporta come necessariamente la responsabilità del processo assistenziale debba essere governata esclusivamente dall'infermiere.

Si può affermare di conseguenza che l'infermiere è l'unico professionista responsabile dell'attuazione di quel complesso di atti assistenziali prodotti dalle competenze intellettuali, relazionali, tecnico-operative insite nel profilo professionale e derivanti dalla formazione, creando così un ambito di esclusiva pertinenza infermieristica, e circa il quale l'infermiere assumerà una posizione di garanzia nei confronti della persona malata, costituita da un'assistenza appropriata ed efficace, dall'utilizzo di strumenti operativi e dall'attuazione di metodologie per la personalizzazione dell'assistenza, con l'obiettivo di organizzare e gestire le attività di assistenza infermieristica (Barbieri, 2010).

La capacità di trovare, nel Profilo Professionale, nel Codice Deontologico e nell'ordinamento didattico, spunti originali di riflessione e confronto in grado di offrire ulteriore slancio e vigore ad un esercizio professionale che oggi, anche a fronte dei condizionamenti economici e della spinta alla proceduralizzazione dell'assistenza, trascina con sé un rischio evidente: quello di esercitare un'assistenza anonima ed astratta, sostenuta sui soli mezzi (le disponibilità scientifiche ed economiche) e non anche sui "modi" (i valori e la personalizzazione dell'assistenza) che, privilegiando le conoscenze e la tecnologia, riduce le effettività esistenziali della persona malata all'interno degli schemi analitico-classificatori del sapere positivo appiattendosi così i valori di riferimento che debbono ispirare il corretto esercizio professionale.

#### **1.4. Dal "curare" al "prendersi cura".**

Elemento cardine per un corretto approccio all'assistenza infermieristica, dove il professionista si assume le responsabilità del suo agire con l'obiettivo di fornire un'assistenza personalizzata e di assicurare la libertà delle scelte e dei valori della persona, diviene il valore della riflessione etica. Secondo una prospettiva etico professionale, l'elemento sostanziale in grado di fornire un valore aggiunto nella qualità dei servizi alla salute è rappresentato sempre ed in ogni caso dall'uomo e dalla sua coscienza. La dimensione etica riguarda infatti l'essere umano, l'essere infermiere e, solo successivamente, l'agire in quanto professionista.

Cosa si intende per *etica*? In generale lo scopo dell'etica è la conoscenza delle regole che devono presiedere i rapporti tra l'individuo e la società, affinché l'uno e l'altra possano

convivere nel rispetto reciproco. Nello specifico professionale l'etica aiuta gli operatori a comprendere come agire nei diversi e distinti ambiti di discrezionalità che la quotidianità professionale ci propone, come porsi nella relazione infermiere/persona nel rispetto dell'autodeterminazione della persona assistita e dei suoi valori, come vivere e interagire nel team professionale, come affrontare situazioni problematiche o dilemmi etici singolarmente o con altri professionisti, come approfondire le norme del Codice Deontologico e come tramutarle in comportamenti professionali spontanei attenti alla persona (Agazzi et al, 2011).

La responsabilità del prendersi cura della persona si riflette nell'articolo n.5 del Codice Deontologico: “ Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica”. I principi etici sono delle guide per compiere decisioni e si focalizzano sulla formazione di giudizi morali nella pratica professionale.

Erroneamente la medicina moderna concepisce la malattia come il malfunzionamento di una macchina cibernetica nei confronti della quale si tratta di mettere in opera un intervento riparativo. In questa visione le malattie vengono classificate a partire dagli apparati o dalle funzioni, favorendo la disintegrazione del corpo malato. La malattia viene spiegata attraverso un apparato diagnostico che codifica i sintomi e viene vista semplicemente come l'effetto di un'alterazione situata sul piano biologico organico. In questa ottica il malato viene considerato estraneo alla sua malattia e anche al percorso di cura: il soggetto esistenziale nella sua specificità tende a scomparire. Nella scienza medica attuale troppo spesso i corpi usati dalla scienza sono corpi-materia, aggregati di organi e funzioni.

In secondo piano rientrano nell'osservazione clinica e nei protocolli di ricerca i corpi complessi che hanno parola, percezione, sentimento, intuizione, espressione; corpi che pensano e si emozionano, che hanno relazione con il mondo, che si muovono nello spazio, corpi unici e irripetibili.

Durante l'esperienza della malattia l'infermiere diventa per la persona assistita una figura di riferimento, colui che lascia un imprinting molto forte; spesso le sue parole, le modalità di comunicazione e di interazione lascia tracce molto profonde nell'animo dei malati, travolti da vulnerabilità e fragilità.

Anche l'infermiere, come gli altri operatori, toccano, manipolano, a volte invadono quella "cosa" estremamente preziosa e intima che è il corpo. Ma bisogna considerare che il corpo di cui stiamo parlando non è "il corpo senz'anima" dei tavoli anatomici, ma è un corpo che sente, che vibra, che è carico di emozioni, che soffre e che gioisce. È il corpo che ciascuno di noi sperimenta direttamente nel mondo e nelle relazioni. È merito dell'antropologia medica il recupero della dimensione soggettiva nel processo di cura. "Per la persona malata, come certo per il medico, la malattia è vissuta come presente sul corpo, ma per chi soffre il corpo non è semplicemente un oggetto fisico o uno stato fisiologico: è una parte essenziale del sé. Il corpo è soggetto, il fondamento stesso della soggettività o dell'esperienza del mondo" (Good, 2006). Docente di antropologia presso la prestigiosa Harvard Medical School e considerato tra i massimi ricercatori del campo, Good ha sottolineato come il medico tende a trascurare, nell'imporre le sue conoscenze, tutta una serie di aspetti psicologici essenziali per capire la malattia. *"Un tumore è chiaramente una forma materiale...una grossa massa, un' alterazione istologica concepita in relazione a processi di proliferazione cellulare... è una condizione fisiologica, un prodotto di uno schema regolativo genetico che ha attivato certe forme di crescita. Ma è anche molto di più. È parte di un corpo vivo e sensibile, è una frattura drammatica in una storia esistenziale"*.

Il tempo della malattia è spesso accompagnato da stress molto intenso. In particolare la diagnosi oncologica, le terapie, spesso debilitanti possono provocare nella persona assistita un vissuto di ansia, disagio e disorientamento psicologico, in grado di sollecitare ogni aspetto della vita: fisico, mentale e spirituale.

In questo contesto l'obiettivo principale di qualsiasi modello assistenziale, medico e infermieristico, che voglia essere efficace e aggiornato, è il passaggio dal "curare" al "prendersi cura". Tuttavia due fattori in particolare rendono ardua la concretizzazione dei modelli teorici infermieristici basati sul "prendersi cura": i vincoli sociali ed economici, che impongono anche alla prassi infermieristica continui adattamenti e modulazioni, e le abitudini più consolidate a tutti i livelli nelle diverse strutture sanitarie che spesso si oppongono ad un reale cambiamento del lavoro infermieristico (Murru et al, 2001).

Alcuni principi fondamentali per la pratica infermieristica sono la beneficenza e non-maleficenza, l'advocacy, la competenza, la cooperazione e il caring.



- Servirsi dei principi di *beneficenza* e *non-maleficenza*, coinvolgendo anche il personale di supporto, può significare sia aiutare gli altri ad ottenere ciò che per loro è giovamento, sia comportarsi in modo tale da prevenire o ridurre i rischi di nuocere al paziente.
- L'*advocacy* è spesso definita come il supporto attivo dato a una causa importante; è utilizzato per descrivere la natura del rapporto infermiere-paziente. Nel ruolo di *advocate*, l'infermiere considera per prima cosa i valori umani fondamentali e in seguito agisce in maniera atta a proteggere la dignità umana, la *privacy* e le scelte.
- Il concetto di *competenza* è costituito da due attributi fondamentali, la capacità di rispondere e la responsabilità. La competenza è un concetto etico importante perché la pratica infermieristica implica un rapporto tra infermiere e persona assistita.
- La *cooperazione* è un concetto che comprende la partecipazione attiva con gli altri operatori per prestare ai pazienti un'assistenza di qualità, essenziale per il benessere del paziente.
- Il *caring* può essere definito in generale come una forma di coinvolgimento con gli altri che crea un interesse in merito a come le altre persone avvertono il mondo che le circonda. Il concetto di *caring* è stato sancito come principio basilare per un'etica infermieristica che protegga e rafforzi la dignità umana dei pazienti che ricevono assistenza sanitaria.

Si assiste in questi ultimi decenni ad un processo di trasformazione, che ha richiesto nuovi modelli organizzativi e la ridefinizione dei ruoli dei diversi soggetti coinvolti nella relazione di cura. È cambiato il ruolo del paziente, non più destinatario di interventi decisi ed attuati nel suo interesse unilateralmente scelti dal medico, bensì è riconosciuto come titolare di un incompressibile diritto all'informazione e alle scelte sulle cure; diviene quindi parte attiva del processo decisionale.

Si modifica di conseguenza anche il ruolo dell'infermiere, non più operatore sanitario chiamato ad assolvere rigidi compiti definiti da un mansionario, e in rapporto di subordinazione gerarchica rispetto al medico, bensì professionista sanitario, investito di competenze clinico-assistenziali complementari ma specifiche, e in relazione a queste, di un'ampia gamma di interventi nella cui attuazione opera autonomamente rispetto al medico, assumendosene appieno la responsabilità, nei confronti dell'assistito con cui entra direttamente in relazione (Borsellino, 2009).

## **CAPITOLO 2. Autonomia e responsabilità in Breast Unit.**

### **2.1. Caratteristiche della Breast Unit.**

La Breast Unit nasce dalla necessità di un'integrazione, nell'attività assistenziale quotidiana alla donna con tumore al seno, delle diverse figure professionali ai vari livelli organizzativi, che condividano gli obiettivi di salute. Ciascun servizio diventa integrato, in modo tale da aggiungere valore alle professioni sanitarie. L'assistenza di ogni attore della Breast Unit necessita di un aggiornamento che la renda consapevole, responsabile ed etica, oltre che tecnicamente molto avanzata.

La deontologia sanitaria contempla i doveri degli operatori sanitari e detta le norme di comportamento inerenti all'esercizio della professione stessa: i rapporti con la paziente, con i colleghi e con la società. La deontologia professionale deve andare di pari passo con le caratteristiche etiche specifiche della professione, essendo quella sanitaria una professione che ha a che fare con la salute, in cui il carattere umano diventa prevalente; l'attenzione etica rappresenta non solo un presupposto, ma anche una garanzia di qualità della prestazione professionale.

Secondo Eusoma 2013 i requisiti obbligatori di una Breast Unit sono (Wilson, 2013):

- volume critico: almeno 150 nuovi casi/anno di carcinoma mammario (tutti gli stadi);
- team multidisciplinare.

In particolare il team deve essere composto da:

- Direttore Clinico del Servizio di Senologia;
- almeno due Chirurghi che eseguono almeno 50 interventi all'anno;
- almeno due radiologi con formazione completa, coinvolti in programmi di screening nazionale e controllo di qualità, abilitati a procedure di reperimento ecografico e mammografico di lesioni occulte, con un minimo di 5000 mammografie lette in un anno;
- un Patologo;
- un Patologo con formazione ed esperienza in patologia mammaria;
- almeno due Infermieri per ogni 100 nuovi casi all'anno;
- almeno un Oncologo Medico;

- almeno un Radioterapista;
- un Data Manager, adibito alla gestione di un database con scopi di quality monitoring e ricerca.

Oltre a fornire indicazioni dettagliate sulla formazione del team indispensabile di una Breast Unit, Eusoma fornisce altri requisiti obbligatori:

- consulenza sul rischio di carcinoma mammario da parte del chirurgo senologo, unitamente al genetista in caso di sospetta predisposizione genetica;
- protocolli di cura, disponibili per iscritto ed approvati dal team;
- chirurgia ricostruttiva per pazienti non candidate a chirurgia conservativa o con malattia localmente avanzata. In questo caso il chirurgo deve sapere eseguire gli interventi di base e prendere accordi con un chirurgo plastico per procedure specialistiche;
- supporto psicologico da parte del team e di un consulente psicologo/psichiatra esterno;
- fisioterapia da parte di un fisioterapista o infermiere specializzato nel trattamento del linfedema;
- cure palliative per le pazienti con tumore avanzato;
- didattica e ricerca come parte essenziale della formazione degli specialisti.

## **2.2. Caratteristiche del Breast Nurse.**

Con la nascita della Breast Unit si delinea di conseguenza l'infermiere di Breast Unit, il Breast Nurse. Anche per quanto riguarda il personale infermieristico Eusoma 2013 fornisce alcuni requisiti obbligatori:

- all'interno della Breast Unit devono essere presenti almeno due infermieri dedicati alle pazienti con carcinoma mammario;
- gli infermieri devono dedicarsi a tempo pieno alla patologia mammaria;
- i Breast Nurse devono offrire consigli pratici e supporto emotivo alle pazienti che ricevono una nuova diagnosi o che vengono informate di avere una malattia avanzata;
- gli infermieri devono essere coinvolti nello sviluppo di protocolli, del percorso assistenziale delle pazienti e del materiale informativo.

Unico requisito raccomandato per il Breast Nurse: disponibilità del professionista a seguire la paziente anche durante il follow-up.

Anche il Breast Nurse, come le altre figure professionali dell'équipe, è dotato di un proprio Codice Deontologico, che ha il compito di guidare il professionista nel proprio agire quotidiano e di dichiarare ai cittadini, in questo caso le donne con tumore al seno, cosa attendersi dall'infermiere stesso. Gli elementi del codice si possono racchiudere in alcune componenti fondamentali:

- Il Breast Nurse e la persona: vengono definiti i principi guida che strutturano il sistema etico in cui si svolge la relazione infermiere-paziente. Secondo gli articoli n.2-3-4-5 del Codice Deontologico l'infermiere, nella relazione che realizza con interventi specifici, autonomi e complementari, di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa, opera per la persona assistita che ne ha bisogno, creando delle condizioni affinché i diritti, i valori, la fede religiosa, le consuetudini e la famiglia siano rispettati;
- Il Breast Nurse e la pratica: l'infermiere tramite la formazione post-base (attraverso il Master I livello in Senologia per le Professioni Sanitarie), la formazione continua (diritto e dovere da parte degli infermieri di acquisire crediti ECM) e l'aggiornamento arricchisce le sue conoscenze professionali (articoli n. 11,12,15);
- Il Breast Nurse e la professione: l'infermiere è l'attore principale nella definizione ed applicazione delle norme per la pratica assistenziale, per la gestione, la ricerca e l'insegnamento dell'assistenza infermieristica (articoli n.11,12);
- Il Breast Nurse e le altre figure professionali: secondo l'articolo n.14 del Codice Deontologico nella quotidianità del lavoro tra colleghi e con gli altri operatori l'approccio dell'infermiere è basato sulla collaborazione, sulla valorizzazione del lavoro d'équipe e sulla tutela della dignità propria e dei colleghi, assumendo comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà.
- Il Breast Nurse e l'organizzazione: i cambiamenti organizzativi negli ultimi anni con lo scopo di ottimizzare, semplificare, razionalizzare hanno mutato l'organizzazione, le professioni e le prestazioni. La creazione della Breast Unit dimostra come, di fronte ad un'evoluzione delle professioni, l'autonomia professionale necessita dell'autodeterminazione organizzativa; per aumentare

l'autonomia professionale è indispensabile un forte riconoscimento dell'autonomia anche dal punto di vista organizzativo (Scardigli, 2009).

- Il Breast Nurse e il rapporto con il Collegio: il Codice Deontologico disciplina anche il rapporto tra il professionista sanitario e il Collegio provinciale a cui appartiene, disponendo l'obbligo deontologico alla segnalazione di tutte quelle situazioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza e il decoro dell'esercizio professionale. È attraverso le norme del Codice Deontologico che si manifesta l'impegno per un "saper essere" ad elevata valenza etica, per "un saper assistere" ad alta valenza professionale (Silvestro, 2009).

Il Breast Nurse ha una precisa responsabilità nei confronti della donna con tumore al seno, che è l'assistenza globale e personalizzata, con lo scopo di integrare la cura oggettiva del corpo con la considerazione della soggettività dell'individuo in uno sforzo di umanizzazione che stemperi gli effetti negativi del clima emotivo che la malattia oncologica determina, affinché la persona malata possa trovare la necessaria serenità e la conseguente disponibilità alla piena collaborazione terapeutica. Tutto ciò con il fine primario di una qualità di vita e non solo sulla quantità di vita (Carpanelli et al, 2002).

È richiesto da parte del Breast Nurse un equilibrio psicoemozionale, ovvero la maturità personale, sociale, culturale e l'attitudine ad essere disponibili verso gli altri. All'interno della Breast Unit l'infermiere ha la peculiarità di raggiungere l'individualità della persona, con la quale, oltre a comunicare, interagisce in termini di caring psicodinamici. L'infermiere con l'obiettivo di rispondere ai bisogni di assistenza della donna, non può prescindere dallo studio e dalla conoscenza della persona assistita, con la sua storia, la sua cultura, ma anche con le sue aspettative. È necessario un approccio olistico, condiviso dall'antropologia e dal nursing, che non può focalizzarsi sull'individuo senza considerarlo come immerso in un contesto ambientale, sociale e culturale (Cozzi, 2003).

### **2.3. La Bussola dei valori della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta**

La Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta cura e assiste le persone affette da patologie tumorali. La Rete Oncologica accompagna il paziente lungo i percorsi di diagnosi e di terapia, offrendogli modalità di cura multidisciplinari e assistenza amministrativa da parte di centri dedicati.

Gli obiettivi della Rete Oncologica sono:

- superare le disomogeneità territoriali, a livello di servizi sanitari e prestazioni erogate;
- raggiungere standard di trattamento sempre più elevati;
- semplificare le fasi di accesso ai servizi, da parte del paziente, e lo sviluppo dei percorsi di diagnosi e terapia;
- avvicinare i servizi al contesto di vita della persona bisognosa di cura;
- individuare percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali uniformi e coerenti;
- sviluppare un'attività di ricerca sempre più all'avanguardia con il conseguente trasferimento dei risultati ottenuti in ambito clinico.

La presa in carico del paziente da parte della Rete Oncologica implica i seguenti vantaggi:

- coordinamento del percorso diagnostico-terapeutico;
- tempestività degli interventi;
- interdisciplinarietà del piano di cura.

La collegialità, inoltre, consente al paziente di acquisire un maggiore potere decisionale rispetto alle eventuali diverse scelte e opzioni terapeutiche.

Il governo della Rete Oncologica è affidato al Dipartimento Interaziendale Interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta istituito presso l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino e diretto dal Dr. Oscar Bertetto.

La “Bussola dei Valori” della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta è un modello culturale di riferimento per i suoi operatori a cui allineare i comportamenti, i modelli organizzativi e le procedure operative. Essa declina tutti i singoli valori cui si ispira la Rete in comportamenti che li concretizzano e responsabilità che li garantiscono.

Cosa davvero rende la Rete essenziale per migliorare l'esperienza quotidiana di coloro che affrontano le cure e di tutti quanti contribuiscono ad effettuarle? Quali sono le ragioni di fondo per cui la Rete deve esistere e gli operatori essere orgogliosi di farne parte? La risposta si trova nei “valori”, nei principi ispiratori dell'attività di ogni operatore della Rete: patrimonio di riferimento per la nostra identità e per i cittadini che vi si accostano. Così sono stati definiti, mappati e codificati tali valori, uno per uno, costruendo una vera e propria “bussola” di riferimento per tracciare la rotta del percorso presente e futuro, ancorandolo ai valori che ispirano e concretizzano l'esperienza della Rete. La Bussola, progettata da Luglio 2012 a Ottobre 2014 e presentata da Settembre 2014, è costituita da 8 principi direzionali e 31 valori di riferimento.

La finalità è quella di far conoscere i valori che ispirano il comportamento degli operatori e i modelli organizzativi della Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta e di acquisire le conoscenze per tradurre in operatività i valori elaborati.

A Nord della Bussola si trova la **qualità** dell'assistenza, considerata come il risultato di un approccio multidimensionale mirato al ciclo continuo di miglioramento di sei diverse aree: accessibilità, efficacia, efficienza, equità, sicurezza, accettabilità/centratura sul paziente.

La qualità delle cure comprende:

- qualità tecnico professionale nell'assistenza con equità e sollecitudine;
- appropriatezza clinica e organizzativa;
- innovazione tecnologica;
- soddisfazione del cliente interno ed esterno;
- miglioramento continuo della qualità.

A Est della Bussola dei Valori della Rete Oncologica è posta la **presa in carico** del paziente in termini di:

- integrazione tra i Professionisti;
- continuità della cura;
- presa in carico del paziente lungo tutto il suo percorso, compreso il follow-up (PDTA);
- multiprofessionalità;
- interdisciplinarietà (GIC).

La **dignità** della persona assistita diventa elemento cardine posizionato a Sud della Bussola, realizzabile attraverso:

- accoglienza del paziente nel luogo di cura (CAS);
- informazione del paziente e consenso;
- attenzione verso il paziente e la sua famiglia (es. Progetto Protezione Famiglia);
- umanizzazione dell'assistenza;
- dignità del morire (cure palliative);
- gestione e sollievo dal dolore;
- ricerca clinica nel rispetto della volontà del malato;
- identificazione e controllo dei sintomi.

Accoglienza, ascolto e **dialogo**: valori universali che superano i confini del tempo e dello spazio, sono fra i principi ispiratori dell'attività della Rete Oncologica.

L'accoglienza è la fase iniziale di un percorso interpersonale, durante la quale vengono gettate le basi per la costruzione di una relazione. In ambito sanitario, questa fase avvia il processo di presa in

carico della persona con un bisogno di salute. L'accoglienza inoltre, comprende la qualità della relazione nella sua globalità, caratterizzata da calore, empatia, comprensione, accettazione, solidarietà e fiducia. Accogliere significa manifestare all'altro la propria disponibilità, prestargli la massima attenzione, permettergli di esprimersi, comprenderlo, prendersi cura di lui.

Ma l'accoglienza è anche: decoro e accessibilità dei luoghi di cura, attenzione e rispetto alla riservatezza, ascolto e dialogo, servizio, sorriso.

L'ascolto è il presupposto primario per una comunicazione efficace, in quanto è lo strumento che permette di entrare nello schema di riferimento dell'altro e decodificare correttamente i suoi messaggi. Ascoltare non è facile; in particolare, l'ascolto attivo richiede all'operatore l'utilizzo di strategie finalizzate a migliorare il contatto con la persona assistita e realizzare al meglio gli obiettivi della relazione. L'ascolto attivo è una forma di ascolto profondo che manifesta con evidenza l'interesse per l'interlocutore. Nell'ascolto attivo infatti, l'operatore, prima di rispondere, verifica la correttezza della propria decodifica del messaggio, senza darla per scontata; in questo modo entra nello schema di riferimento dell'altro, il quale ha la sensazione di essere stato compreso. Questo processo di verifica viene chiamato riformulazione.

Altro elemento essenziale è il **dialogo**, sia con la persona assistita e la sua famiglia, sia tra gli operatori. Molti autori hanno infatti posto l'attenzione sulla natura relazionale dell'assistenza infermieristica ed in particolare sul caring che facilita nella persona una crescita personale armoniosa.

Con questi presupposti tra gli operatori e la persona assistita si crea una "relazione d'aiuto" in quanto vi è un "incontro" tra due persone, di cui una (la persona assistita) si trova in condizione di sofferenza, confusione, conflitto, disabilità dinanzi ad un problema che deve gestire, l'altra (es. Breast Nurse) è dotata di un grado "superiore" di adattamento, competenza e abilità rispetto lo stesso problema (Cannella et al, 1994). La relazione si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa. Talvolta ritmi intensi di lavoro, mancanza di tempo e di personale, difficoltà a personalizzare l'assistenza possono essere



degli ostacoli nella relazione d'aiuto: c'è il rischio che l'infermiere si concentri solo sull'aspetto tecnico, piuttosto che quello relazionale, lasciando la paziente e la sua famiglia soli.

“Con questa relazione, noi manteniamo in lui la certezza che egli è ancora degno di un dialogo, che egli può fino all'ultimo essere il soggetto di un incontro e non l'oggetto di una cura. Noi ci chiediamo spesso se il malato è capace di incassare la verità; ci si può domandare piuttosto se noi siamo capaci di una relazione con qualcuno che, forse, morirà e lo sa” (Berger e Hortala).

Caratteristiche della relazione d'aiuto sono: la fiducia, l'empatia, il calore, l'interessamento, l'accettazione e l'autenticità, l'autonomia e la reciprocità. Il coinvolgimento dell'infermiere insieme alla donna con tumore al seno lungo tutto il suo percorso di cura, dalla diagnosi al follow-up, si evince dalla disponibilità dell'operatore a mettere in gioco la globalità del loro essere per poter “sentire” i bisogni non espressi della persona assistita.

A Ovest della Bussola si trova la **sostenibilità**, che ha come obiettivo principale quello di migliorare la qualità dell'assistenza, ridurre gli errori, eliminare tutto ciò che è inutile, ottimizzare l'uso di risorse (Braga, 2014).

I Valori della Bussola si concretizzano nell'attività della Rete Oncologica attraverso: I Centri Accoglienza e Servizi (CAS) e i Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC).

Il CAS è la struttura di riferimento del paziente nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta in termini di assistenza, orientamento e supporto. Situato di norma presso i Servizi Oncologici delle Aziende Sanitarie ad esso afferenti, svolge un duplice ruolo: da una parte accoglie il paziente, informandolo in merito ai servizi erogati, alle modalità di accesso e alle prenotazioni e dall'altra svolge attività sul versante amministrativo-gestionale lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico del paziente, quali:

- attivazione del Gruppo Interdisciplinare Cure di riferimento;
- verifica della presa in carico del paziente e della continuità assistenziale;
- prenotazione delle prestazioni diagnostiche preliminari;
- creazione e aggiornamento della Scheda Sintetica Oncologica del paziente;
- gestione della documentazione informatica;
- comunicazione costante con gli altri CAS della Rete.

I GIC sono gruppi interdisciplinari di medici di diverse specializzazione e di altri professionisti sanitari che, in tempi diversi, durante l'iter della malattia, prendono in carico il paziente e lo sottopongono al trattamento terapeutico appropriato, deciso collegialmente con approccio multidisciplinare. Il GIC garantisce:

- la presa in carico del paziente attraverso la realizzazione di diversi percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali attivati nell'Azienda, monitorando l'iter diagnostico e terapeutico dei pazienti e l'efficacia-efficienza dei protocolli assistenziali previsti nei percorsi;
- la discussione collegiale dei casi trattati, volta ad applicare protocolli terapeutici univoci e conformi alle linee guida e agli standard di settore;
- la comunicazione con il paziente e con i suoi familiari, nel rispetto dei codici deontologici e delle norme giuridiche generali.

Il CAS e il GIC collaborano e coordinano le proprie attività per ottimizzare percorsi di cura appropriati, affinché essi siano fondati su un approccio clinico interdisciplinare e sulla base di Linee Guida scientificamente validate ed aggiornate, in modo conforme, secondo la logica della Rete Oncologica Regionale.



Figura 1. I valori della Rete oncologica.

## **2.4. Autonomia e responsabilità dell'Infermiere di Breast Unit.**

L'attività infermieristica del Breast Nurse si configura sempre più come un'attività complessa che si integra con titolarità sostanziale all'interno dell'èquipe sanitarie: il contributo non è individuabile solo nell'attività peculiare e disciplinare che è il processo di assistenza infermieristica ma si evidenzia anche all'interno del percorso diagnostico/terapeutico/assistenziale del paziente con necessità di integrazione all'interno dell'èquipe,<sup>2</sup> all'interno della Breast Unit presa in considerazione.

Di necessaria importanza per la deontologia infermieristica sono l'articolo n.11 e n.13 del Codice Deontologico: fondare il proprio operato su conoscenze validate, ricorrere alla consulenza di colleghi esperti in caso di difficoltà consentono di inquadrare la situazione assistenziale del paziente e di assumersi la responsabilità di mantenere e strutturare le proprie competenze, al fine di garantire la sicurezza e l'appropriatezza dell'assistenza infermieristica (Mangiacavalli, 2011).

L'infermiere nella Breast Unit ha di conseguenza acquisito una maggior consapevolezza del ruolo che ha ridefinito e che oggi gli compete per un'evoluzione equilibrata, eticamente responsabile e sostenibile del sistema salute. Ruolo designato su una cultura che può essere forza innovativa per definire e garantire nuove modalità di risposta ai bisogni di salute della popolazione per delineare e costruire una risposta sanitaria altamente efficace, in cui sia sempre più trasparente ed integrato l'apporto di chi diagnostica e cura la patologia mammaria e di chi rileva bisogni e cura ed assiste la persona. Nuovo ruolo e nuova cultura, che si concretizza nell'esperienza professionale e nel programma di formazione universitario realizzato tramite il Master di 1° livello in Senologia per le Professioni Sanitarie, sono le parole chiave per un'altra fase storica del cammino degli infermieri italiani in Senologia, in cui sia riconoscibile la propria specificità culturale, il proprio valore professionale e la volontà di un impegno ampio e responsabile.

Per definire il concetto di responsabilità si fa riferimento al campo giuridico. Responsabilità deriva dal latino *respondere* e, infatti, in ambito giuridico la responsabilità concerne l'obbligo di rispondere di un'azione illecita. Illecito è tutto ciò che la norma considera vietato e a cui attribuisce una sanzione. È illecita una condotta umana (azione od omissione) che dà luogo alla violazione di una norma dell'ordinamento giuridico, e, in

---

<sup>2</sup> Codice Deontologico dell'Infermiere 2009, articoli n.14 e 22.

base alla specifica natura degli interessi violati, a una responsabilità civile, penale o amministrativa:

- responsabilità *penale*: l'obbligo di rispondere per azioni che costituiscono un reato;
- responsabilità *civile*: l'obbligo di risarcire un danno ingiustamente causato;
- responsabilità *amministrativo-disciplinare*. Ad essa si riferiscono gli obblighi contrattuali e di comportamento professionale e comporta sanzioni di carattere amministrativo erogate con un provvedimento interno, per chi opera alle dipendenze di enti pubblici o privati, mentre diventa, per il liberi professionisti, una responsabilità di tipo *ordinistico-disciplinare*.

<p><b>COLPA GENERICA</b></p>	<p>= inosservanza delle regole comuni di diligenza, prudenza, perizia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Negligenza</b>: trascuratezza, insufficienza di attenzione o di sollecitudine, dimenticanza, superficialità.</li> <li>- <b>Imprudenza</b>: avventatezza, insufficiente ponderazione, eccessiva precipitazione, implica sempre una scarsa considerazione per gli interessi altrui.</li> <li>- <b>Imperizia</b>: insufficiente preparazione, deficienza di cultura professionale o di abilità tecnica o di esperienza specifica.</li> </ul>
<p><b>COLPA SPECIFICA</b></p>	<p>= inosservanza di norme, leggi, regolamenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Codice Penale</b></li> <li>- <b>Codice Civile</b></li> <li>- <b>Normativa di riferimento</b> per l'esercizio professionale: legge 833/1978, D.L.vo 502/1992 e rispettive modificazioni e integrazioni, <b>Codice Deontologico</b>.</li> </ul>

Figura 2. Responsabilità professionale: colpa generica e colpa specifica (Di Giacomo, 2008).

Si qualifica giuridicamente come colposo un comportamento che costituisce una violazione di un obbligo. Il reato colposo nasce sempre e soltanto dall'inosservanza di norme sancite dagli usi, a cui il codice si riferisce parlando genericamente di negligenza, imprudenza o imperizia, o espressamente prescritte dalle autorità allo scopo di prevenire eventi dannosi, richiamate con l'espressione inosservanza di norme, leggi, regolamenti.

L'accertamento della responsabilità dell'infermiere per colpa, risente fortemente di alcune tesi presenti nel contesto sociale che enunciano un diritto assoluto alla salute intesa come condizione di benessere bio-psico-sociale dell'individuo: la persona malata è portata oggi a pretendere dalla prestazione sanitaria un esito sicuro.

Dal punto di vista giuridico il rapporto tra infermiere e paziente è un contratto d'opera intellettuale, regolato dal Codice Civile e che ha le caratteristiche di bilateralità e consensualità obbligatori tra le parti. Il sanitario di conseguenza risponde dell'adeguatezza o meno del proprio comportamento professionale e non dei risultati raggiunti.

In particolare all'interno della Breast Unit l'attività medica e sanitaria è la risultante di un insieme di azioni concorrenti ad un fine unitario e da queste complessivamente acquista più competenze ed efficacia. L'azione complessiva e complementare spesso non esime dalla responsabilità dell'atto professionale, ma fa parlare oggi di ripartizione della colpa medica nel lavoro d'équipe. Si può parlare di attività professionale svolta in équipe ogni volta che sono presenti operatori sanitari, ciascuno dei quali sia titolare di una specifica competenza. In base al principio di affidamento, il singolo membro confida che gli altri componenti lavorino nel rispetto delle regole e valorizzando al massimo le proprie conoscenze e competenze professionali; si circoscrive così la responsabilità del singolo componente dell'équipe all'attività svolta. La cassazione ha ribadito la specifica posizione di garanzia riservata al Primario o comunque al soggetto apicale, titolare di doveri di organizzazione, coordinamento e sorveglianza sull'attività dei collaboratori e la correlativa responsabilità penale ogni volta in cui potrebbe essergli mosso un rimprovero per carenze che si traducano in condotte lesive dell'incolumità fisica del paziente.

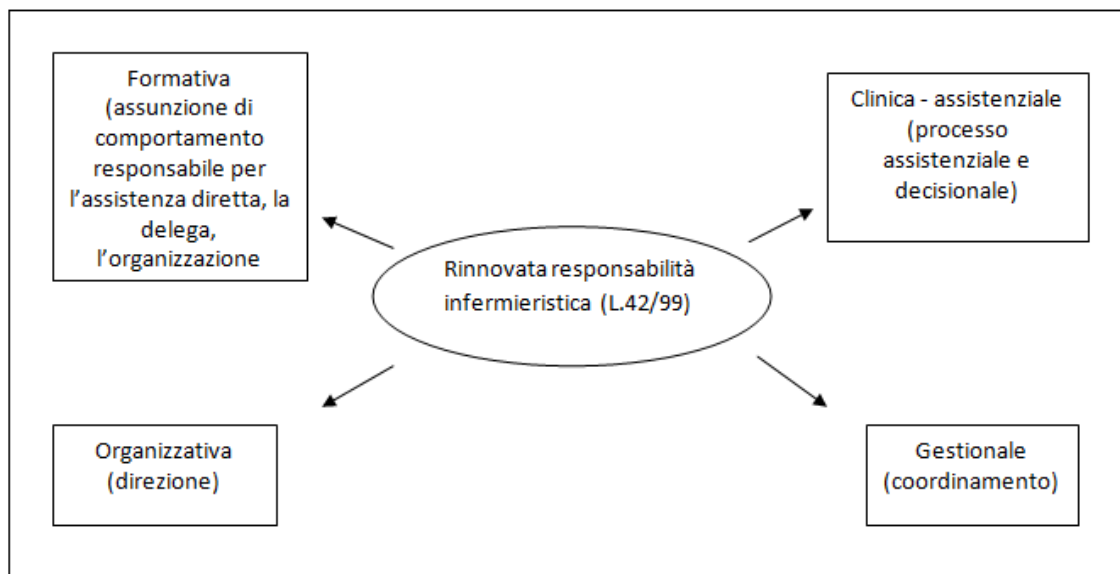
Si sta inoltre assistendo ad un cambiamento radicale di lettura e di interpretazione dei fenomeni legati alla responsabilità professionale. Le motivazioni sono da ascrivere a:

- maggior livello culturale dei cittadini e maggior diffusione attraverso i mass-media delle conoscenze mediche e sanitarie;
- progressiva identificazione dell'obbligazione di mezzi con quella dei risultati, che comporta per il professionista della salute, una responsabilità sia per le modalità in cui opera, sia per gli effettivi esiti della sua azione;
- ruolo delle società scientifiche che, attraverso la diffusione di protocolli e linee guida, rendono l'attività professionale meno libera e più uniforme.

Stiamo passando, essenzialmente, dall'essere chiamati a rispondere di colpa generica all'essere chiamati a rispondere di colpa specifica.

Delineare le nuove dimensioni dell'attuale responsabilità infermieristica significa tentare un'analisi integrata dell'evoluzione normativa, deontologica e professionale infermieristica.

- La responsabilità clinico-assistenziale, determinata dalla legge 42/99. Più precisamente il comma 1 dell'articolo 1 fornisce una definizione di infermiere e affida a tale professionista una responsabilità totale per quanto riguarda l'assistenza generale infermieristica; questo significa assumere la responsabilità dell'intero processo assistenziale, dalla raccolta dei dati all'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, alla pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico. Sancisce inoltre l'utilizzo di una metodologia scientifica e valida, l'implementazione di una documentazione infermieristica e contempla nel comma tre le attività svolte dall'infermiere in collaborazione con le altre professioni.
- La responsabilità gestionale-organizzativa, rafforzata dalla Legge 251/2000. Il comma 1 dell'articolo 1 prevede che “gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche ... svolgono in autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla 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”.
- La responsabilità formativa: la formazione di base, post-base, complementare e permanente gioca un ruolo determinante e vincente.



**Figura 3 - Le nuove dimensioni della responsabilità infermieristica (Mangiacavalli, 2002).**

## **CAPITOLO 3. Autonomia e responsabilità infermieristica: indagine nella Breast Unit dell’A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino.**

### **3.1. La Breast Unit dell’A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino.**

La Breast Unit presa in considerazione nello studio è quell’Unità Operativa dell’A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, sita presso l’Ospedale San Lazzaro, in via Cherasco n.23, secondo piano. È stata inaugurata nel settembre del 2009, nel panorama della Rete Oncologica del Piemonte - Valle d’Aosta, divenendo così uno dei maggiori Centri di riferimento del Piemonte per il tumore della mammella. Nata con l’obiettivo di creare un’unità capace di integrare tutti gli specialisti che in ambito aziendale si occupano di senologia, mira a garantire a tutte le donne affette da tumore mammario percorsi diagnostico-assistenziali efficaci, rapidi, coordinati ed attuali.

Le attività principalmente svolte dalla Breast Unit sono:

- discussione multidisciplinare dei casi clinici che afferiscono alla struttura, all'interno del G.I.C. (Gruppo Interdisciplinare Cure), costituito da operatori delle diverse specialità con un adeguato livello di formazione senologica (anatomopatologi, radiologi, chirurghi, chirurghi plastici, oncologi e radioterapisti);
- visite di onco-geriatria rivolte alle pazienti con carcinoma mammario di età superiore ai 70 anni;
- prescrizione di terapie oncologiche dopo la chirurgia sulla mammella quali chemioterapia, ormonoterapia, immunoterapia; effettuazione di controlli dopo le cure e trattamento delle fasi avanzate di malattia;
- accesso a cure oncologiche secondo linee guida riconosciute o nell'ambito di trials clinici nazionali ed internazionali, che permettono l’impiego di farmaci innovativi;
- accompagnamento della paziente con carcinoma mammario lungo tutto il percorso terapeutico e nelle varie fasi della malattia in collaborazione con Servizi di Riabilitazione e Recupero Funzionale, Psico-oncologia, Endocrinologia Oncologica e Terapia Antalgica;
- visite CAS oncologia, visite VOP, visite oncologiche di rivalutazione durante i trattamenti medici, visite oncologiche di follow-up.



Prendersi cura di una donna affetta da carcinoma della mammella significa definire dal primo momento un percorso integrato fra le varie discipline coinvolte nella diagnosi e nel trattamento, caratterizzato dalla centralità della persona piuttosto che del malato: un percorso multidisciplinare volto al miglioramento del processo diagnostico terapeutico delle pazienti e volto alla cura della persona nella sua globalità.

La Breast Unit coinvolge, infatti, i servizi di Chirurgia, Radiologia e Senologia Diagnostica, Anatomia Patologica, Oncologia Medica, Radioterapia, Psicologia, Dietologia e Fisiatria. L'Unità di Senologia prevede personale operante presso la stessa sede al fine di facilitare i contatti ed evitare eccessivi spostamenti alla paziente e ad altre figure professionali. A questi si aggiungono i servizi, altrettanto importanti, della fase riabilitativa; sono a disposizione delle pazienti il Servizio di Dietologia, di Fisioterapia, di Psiconcologia e la Chirurgia Plastica, con visite ambulatoriali settimanali e controlli periodici successivi all'intervento chirurgico e alle terapie.

Il Coordinatore Infermieristico è Silvana Storto. L'èquipe è composta da 6 infermieri, due di essi hanno conseguito il Master di I livello in Senologia per le Professioni Sanitarie. Sotto la loro responsabilità sono presenti 2 OSS.

Tra il personale della Breast Unit spiccano:

- 5 Chirurghi Senologi
- 2 Chirurghi Plastici (e 2 Borsisti)
- 6 Oncologi
- 1 Dietologo
- 2 Dietisti
- 1 Fisiatra
- 1 Oncogeriatra
- 1 Psicologo
- 6 Infermieri
- 2 OSS
- 4 Amministrativi.

Da fine Febbraio 2014 è stata unita la Senologia degli ospedali Sant'Anna e Molinette, con sede al Sant'Anna, per creare una Breast Unit unificata, diretta dal Dottor Corrado De Sanctis. Si assiste di conseguenza ad un periodo di assestamento e riorganizzazione per armonizzare le attività delle due èquipe.

Si hanno già i primi risultati: a settembre ed ottobre 2014 sono stati eseguiti 85 interventi in più rispetto agli stessi mesi del 2013 (+13 a settembre e +72 ad ottobre). Il netto incremento del mese di ottobre è motivato dall'aumento delle sedute operatorie.

### **3.2. Obiettivi.**

Attraverso lo studio effettuato presso la Breast Unit dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, si è voluto rispondere ad alcune domande circa l'autonomia e la responsabilità dell'infermiere. Dal momento in cui il tema è stato trattato fino a qui in termini generali, con riferimenti legislativo-giurisprudenziali e deontologici, si mira ora a contestualizzare l'autonomia e la responsabilità degli infermieri presenti in una determinata Unità Operativa.

L'obiettivo della tesi è quella di rispondere ai seguenti quesiti:

1. Cosa si intende per autonomia e responsabilità dell'Infermiere di Breast Unit?
2. Qual è il valore etico che si pone alla base della Professione Infermieristica?
3. L'Infermiere di Breast Unit è veramente autonomo e responsabile? In quali attività della pratica clinica quotidiana?
4. Si potrebbe ancora assistere ad un'evoluzione dell'autonomia e della responsabilità dell'Infermiere di Breast Unit? Con quali modalità?

### **3.3. Metodologia.**

Per poter raggiungere gli obiettivi prefissati ed indicati nel precedente paragrafo ci si è avvalsi di un'analisi di tipo qualitativo, attraverso interviste dirette al personale della Breast Unit dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino.

Sono state condotte nel mese di Novembre 2014 due differenti interviste:

- un'intervista dedicata agli infermieri;
- un'intervista dedicata agli altri professionisti medici dell'equipe.

Prima di analizzare più nel dettaglio i quesiti delle interviste, bisogna precisare che essi sono stati strutturati in modo tale che fossero di facile comprensione, non facessero riferimento a questioni troppo particolari e che l'intervista non richiedesse più di 15-20 minuti di tempo per le sue risposte. Ciò ha comportato così l'inserimento di un numero contenuto di domande.

Per poter intervistare gli attori della Breast Unit sono stati presi accordi di tipo organizzativo con il Coordinatore Infermieristico, in modo tale da non ostacolare il lavoro degli operatori.

Dopo aver spiegato lo scopo dello studio ed aver ricevuto il consenso alla registrazione da parte di ciascun professionista, sono state poste agli infermieri le seguenti domande:

1. Quale significato hanno per Lei i termini “autonomia e responsabilità” all’interno della Sua Professione?
2. Nella Bussola dei valori della Rete Oncologica di Piemonte e Valle D’Aosta, quale valore più rappresenta la Professione Infermieristica? Perché?
3. Nella Sua pratica clinica quali attività svolge con autonomia e responsabilità?
4. Quali altre attività potrebbe svolgere con autonomia e responsabilità all’interno della Breast Unit?
5. Secondo Lei, con quali modalità si potrebbe raggiungere tale autonomia e responsabilità?

La prima domanda è stata posta con l’obiettivo principale di conoscere il percepito degli infermieri, che lavorano ogni giorno nella Breast Unit e che prestano assistenza infermieristica alle pazienti con tumore mammario, circa il significato che ciascuno di loro dà all’“autonomia e responsabilità” della propria Professione. È chiaro che ogni infermiere darà un parere altamente soggettivo, scaturito in parte dalle conoscenze teoriche di base e dai corsi di aggiornamento, e in parte dall’esperienza lavorativa quotidiana. Quest’ultimo aspetto diviene proprio il fulcro dell’indagine svolta.

La seconda domanda è stata posta per andare a capire quale valore etico più rappresenta il Breast Nurse. Poiché la Breast Unit dell’A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino si colloca all’interno della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta, ci si è avvalsi dell’utilizzo della Bussola dei Valori, per indagare quello o quelli che sembrano essere predominanti all’interno dell’unità di Senologia presa in considerazione. Gli infermieri intervistati, grazie alla riproduzione cartacea della Bussola, potranno quindi indicare il valore che si pone alla base del proprio operato.

A differenza delle prime due domande, che si concentrano sugli aspetti più teorici ed etici della Professione, con la terza domanda ci si pone l’obiettivo di sviscerare il significato di autonomia e responsabilità dal punto di vista della pratica clinica quotidiana. Agli infermieri infatti viene chiesto quali sono quelle attività, dirette alla prevenzione, alla cura

e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, che vengono svolte ogni giorno in Breast Unit con completa autonomia e responsabilità. Con questa terza domanda si vorrebbe riprodurre di conseguenza una fotografia dell'assistenza infermieristica attuale del Breast Nurse.

La quarta e la quinta domanda invece hanno lo scopo di capire se il Breast Nurse vorrebbe portare dei miglioramenti circa la sua autonomia e responsabilità, e in che modo questo si può attuare. Così come abbiamo assistito ad un'evoluzione della Professione già ampiamente esplicitata nei precedenti capitoli, è possibile che ci siano ancora dei passi da compiere? Con quali modalità l'infermiere potrebbe raggiungere tale autonomia e responsabilità?

Volendo anche studiare il percepito degli operatori sanitari che collaborano con il Breast Nurse circa l'autonomia e la responsabilità della Professione Infermieristica sono stati intervistati anche gli altri professionisti della Breast Unit.

Le domande che sono state poste a loro sono le seguenti:

1. Quale ruolo svolge nella Breast Unit?
2. Quale significato hanno per Lei i termini "autonomia e responsabilità" all'interno della Professione Infermieristica?
3. All'interno della Bussola dei valori della Rete Oncologica di Piemonte e Valle D'Aosta, quale valore più rappresenta la Professione Infermieristica? Perché?
4. Nella pratica clinica della Breast Unit quali attività l'Infermiere svolge attualmente con autonomia e responsabilità?
5. Quali altre attività potrebbero essere svolte con autonomia e responsabilità dalla Breast Nurse?
6. Secondo Lei, con quali modalità l'Infermiere potrebbe raggiungere tale autonomia e responsabilità?

Tranne la prima domanda che è stata impostata per capire con che tipo di professionista si sta parlando, le altre vorrebbero indagare gli stessi aspetti presi in considerazione con l'intervista agli infermieri.

La necessità di intervistare anche i medici e le altre professioni presenti nella Breast Unit nasce dal fatto che esiste tra loro e l'infermiere una stretta collaborazione: da una parte il nuovo codice deontologico dei medici, differentemente da quanto avveniva nel passato, sancisce espressamente un dovere di collaborazione tra il medico e le diverse figure

sanitarie che prestano la loro opera a beneficio del paziente<sup>3</sup>, dall'altra l'art. 5 del codice deontologico degli infermieri prevede che l'infermiere collabori con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'equipe<sup>4</sup>.

### 3.4. Risultati.

Gli infermieri che si sono resi disponibili all'intervista sono stati 6 su 6 infermieri totali presenti in Breast Unit. Tra gli altri professionisti, 6 hanno accettato l'intervista. È stato mantenuto l'anonimato per tutti coloro che hanno deciso di partecipare allo studio. Nel gruppo "gli altri professionisti" sono stati compresi alcuni dei medici dell'Unità Operativa, tra cui due oncologi medici, un oncogeriatra, un chirurgo plastico, un senologo e un medico specializzando.

Negli schemi sottostanti vengono riassunti i risultati della ricerca in modo tale da essere confrontabili in modo più semplice ed immediato.

Per quanto riguarda la prima domanda, le risposte degli infermieri e dei medici si possono così riassumere:

<b>1.Cosa si intende per autonomia e responsabilità dell'Infermiere di Breast Unit?</b>	
<b>BREAST NURSE</b>	<b>ALTRI PROFESSIONISTI MEDICI</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>agire con competenza e conoscenza</i></li> <li>✓ <i>libertà ed indipendenza nelle decisioni e nelle azioni</i></li> <li>✓ <i>rispondere delle decisioni e delle azioni dal punto di vista giuridico e dal punto di vista etico</i></li> <li>✓ <i>trasmettere la propria professionalità agli utenti, i colleghi, la società.</i></li> <li>✓ <i>gestire i bisogni assistenziali della paziente con consapevolezza</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>capacità di assistere le pazienti con professionalità e competenza</i></li> <li>✓ <i>rispondere del proprio operato, basandosi su conoscenze ed esperienza</i></li> <li>✓ <i>attuare interventi educativi, relazionali, intellettuali, tecnici e gestionali</i></li> <li>✓ <i>da mero esecutore a professionista sanitario responsabile delle proprie azioni</i></li> </ul>

<sup>3</sup> Art. 66 del Codice Deontologico Medico: "Il medico deve garantire la più ampia collaborazione e favorire la comunicazione tra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, nel rispetto delle peculiari competenze professionali".

<sup>4</sup> Art. 1 del DM 739/1994 fa espresso riferimento al fatto che: "l'infermiere agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali".

Per quanto riguarda il secondo quesito, quando agli operatori è stato domandato “Nella Bussola dei valori della Rete Oncologica di Piemonte e Valle D’Aosta, quale valore più rappresenta la Professione Infermieristica? Perché?” si sono ottenuti pareri discordanti.

Per il personale della Breast Unit il valore etico principale dell’infermiere della Breast Unit, capace di guidarlo nella sua professione, risulta essere:

<b>2. Qual è il valore etico della Bussola dei Valori che si pone alla base della Professione Infermieristica?</b>	
<b>BREAST NURSE</b>	<b>ALTRI PROFESSIONISTI MEDICI</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>presa in carico della paziente</i></li> <li>✓ <i>l'integrazione delle professionalità</i></li> <li>✓ <i>qualità dell'assistenza</i></li> <li>✓ <i>comunicazione</i></li> <li>✓ <i>dialogo</i></li> <li>✓ <i>dignità</i></li> <li>✓ <i>sostenibilità</i></li> <li>✓ <i>l'ascolto nel percorso</i></li> <li>✓ <i>accompagnamento della paziente nel fine vita</i></li> <li>✓ <i>attenzione a identificare e controllare i sintomi</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>completezza dell'informazione</i></li> <li>✓ <i>condivisione del percorso</i></li> <li>✓ <i>il dialogo</i></li> <li>✓ <i>presa in carico della paziente</i></li> </ul>

Di seguito le risposte ottenute alla terza domanda dell'indagine:

<b>3. L'Infermiere di Breast Unit è veramente autonomo e responsabile? In quali attività della pratica clinica quotidiana?</b>	
<b>BREAST NURSE</b>	<b>ALTRI PROFESSIONISTI MEDICI</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <i>tecniche infermieristiche quali medicazione CVC e PICC, medicazione ferite chirurgiche, prelievi, iniezioni, visita CAS, parametri vitali, scelta presidio CVC da impiantare</i></li><li>✓ <i>valutazione dei bisogni della paziente</i></li><li>✓ <i>accompagnamento della donna nelle varie fasi del percorso di cura</i></li><li>✓ <i>valutazione degli effetti collaterali delle terapie</i></li><li>✓ <i>visita CAS</i></li><li>✓ <i>prevenzione</i></li><li>✓ <i>educazione sanitaria</i></li><li>✓ <i>tutorato</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <i>informazione circa il PDTA</i></li><li>✓ <i>infermiere come tramite nella comunicazione medico-paziente</i></li><li>✓ <i>specifiche pratiche tecniche infermieristiche come prelievi, medicazioni, iniezioni, somministrazione terapia di supporto prescritta</i></li><li>✓ <i>visita CAS</i></li></ul>

Si passa ora ad illustrare i risultati dello studio dell'autonomia e responsabilità dell'infermiere nel futuro:

<b>4. Si potrebbe ancora assistere ad un'evoluzione dell'autonomia e della responsabilità dell'Infermiere di Breast Unit?</b>	
BREAST NURSE	ALTRI PROFESSIONISTI MEDICI
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>nessuna evoluzione possibile per la fase di transizione e riorganizzazione della B.U.</i></li> <li>✓ <i>evoluzione nella rilevazione della tossicità farmacologica</i></li> <li>✓ <i>evoluzione nella prescrizione di terapie di supporto</i></li> <li>✓ <i>evoluzione nella trasmissione delle conoscenze tra colleghi e personale medico</i></li> <li>✓ <i>evoluzione nella formazione</i></li> <li>✓ <i>evoluzione nella stesura di protocolli</i></li> <li>✓ <i>evoluzione nell'organizzazione del percorso scelto dall'èquipe</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>evoluzione nella gestione delle principali tossicità legate alle terapie (eventuale intervento del medico solo nei casi più gravi)</i></li> <li>✓ <i>evoluzione nel management assistenziale, nei termini di continuità assistenziale e competenza avanzata</i></li> <li>✓ <i>evoluzione nella conduzione di studi di ricerca infermieristici</i></li> <li>✓ <i>evoluzione nella formazione</i></li> </ul>



Infine intervistando infermieri e medici sui possibili strumenti che potrebbe essere utilizzati per sviluppare la Professione, si sono ottenuti i seguenti esiti:

<b>5. Con quali modalità si potrebbe assistere ad un'evoluzione dell'autonomia e della responsabilità dell'Infermiere di Breast Unit?</b>	
BREAST NURSE	ALTRI PROFESSIONISTI MEDICI
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>aggiornamento di protocolli e procedure condivise</i></li> <li>✓ <i>formazione del personale medico riguardo il ruolo dell'infermiere</i></li> <li>✓ <i>formazione specifica dell'infermiere, principalmente sugli effetti collaterali delle terapie</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>formazione dell'infermiere da parte del personale medico in particolare sulla gestione degli effetti collaterali legati alle terapie mediche</i></li> <li>✓ <i>presa in carico del paziente più globale e completa</i></li> <li>✓ <i>consapevolezza da parte di tutti i professionisti dell'evoluzione dell'autonomia e della responsabilità dell'Infermiere</i></li> <li>✓ <i>nuovi protocolli</i></li> <li>✓ <i>cambiamenti organizzativi</i></li> </ul>

### **3.4. Discussione.**

Attraverso le opinioni dei partecipanti allo studio qualitativo, alla luce delle affermazioni degli infermieri e dei medici della Breast Unit dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino si è giunti alle seguenti conclusioni:

- emerge chiaramente la reale collaborazione esistente tra infermieri e medici della stessa Unità Operativa, con il fine primario di assistere la donna con tumore mammario;
- dal momento in cui tutti gli infermieri hanno accettato di rispondere all'intervista dimostrando coinvolgimento ed attenzione, si può capire come questi siano sensibili ed interessati all'argomento proposto;
- tutti gli operatori sanitari della Breast Unit hanno chiare conoscenze sul significato teorico di "autonomia e responsabilità dell'infermiere" e dell'evoluzione che la professione infermieristica ha ottenuto. Per quanto riguarda il significato che gli infermieri e i medici attribuiscono ad "autonomia e responsabilità" si assiste a

risposte piuttosto omogenee tra le due professioni: agire con competenza, conoscenza e consapevolezza, rispondere delle decisioni e delle azioni dal punto di vista giuridico e dal punto di vista etico, trasmettere la propria professionalità agli utenti, i colleghi, la società, attuare interventi educativi, relazionali, intellettuali, tecnici e gestionali;

- si sottolinea il fatto che durante l'intervista, pur avendo a disposizione un'immagine della Bussola dei valori, sia gli infermieri che i medici conoscessero già molto bene la Bussola dei valori della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta;
- l'intervista ha permesso di scoprire quali sono i valori, scelti all'interno della Bussola dei Valori della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, che sembrano rappresentare maggiormente l'infermiere di Breast Unit: la presa in carico della paziente e il dialogo sono i due valori che vengono menzionati sia dagli infermieri che dai medici, perché mentre il primo vuole abbracciare l'intera assistenza infermieristica alla paziente con tumore mammario, dall'accettazione fino al follow-up, il dialogo viene considerato lo strumento principale che possiede l'infermiere per attuare il percorso assistenziale all'interno della Breast Unit;
- proprio come enunciato dall'articolo 2 del Codice Deontologico dell'Infermiere<sup>5</sup> i risultati mostrano che le attività della pratica clinica quotidiana svolte dal Breast Nurse con autonomia e responsabilità, in accordo con entrambe le professioni, siano di natura tecnica (tecniche infermieristiche quali medicazione CVC e PICC, medicazione ferite chirurgiche, prelievi, iniezioni, visita CAS, rilevazione parametri vitali, scelta presidio CVC da impiantare), di natura organizzativo-gestionale (valutazione dei bisogni della paziente, organizzazione ed accompagnamento della donna nelle varie fasi del percorso di cura, valutazione degli effetti collaterali delle terapie), di natura preventiva ed educativa. Mentre alle attività sopra citate si aggiunge quella dedicata alla formazione (affiancamento degli studenti e continuo aggiornamento professionale), non sono stati considerati né dagli infermieri né dai medici quegli interventi specifici della relazione. Si potrebbe ipotizzare che gli operatori considerino la relazione alla base di tutti gli

---

<sup>5</sup> L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

altri interventi descritti, oppure che nella pratica quotidiana risulti difficile dal punto di vista organizzativo creare dei momenti dedicati alla relazione con la paziente;

- la maggior parte degli operatori sono in accordo sulla necessità di raggiungere maggior autonomia e responsabilità nell'identificazione e nella gestione delle principali tossicità legate alle terapie (eventuale intervento del medico solo nei casi più gravi). Ad eccezione di un'infermiera che ritiene questo periodo di transizione e di assestamento organizzativo come elemento ostacolante l'evoluzione dell'autonomia e della responsabilità infermieristica, viene espresso il desiderio di un'evoluzione nell'ambito di: formazione, conduzione di studi di ricerca infermieristici, stesura di protocolli, trasmissione delle conoscenze tra colleghi e personale medico, organizzazione del percorso scelto dall'èquipe. Una particolare riflessione è rivolta al fatto che nessun operatore percepisca la necessità di un miglioramento dell'autonomia e della responsabilità per quanto riguarda la gestione della sfera emotiva della paziente oncologica e della relazione che questa instaura con l'èquipe;
- in ultimo, quando è stato chiesto con quali modalità si potrebbe raggiungere maggior autonomia e responsabilità dell'infermiere, le risposte più comuni sono state le seguenti: attraverso l'aggiornamento di protocolli e procedure condivise, una formazione specifica dell'infermiere (principalmente sugli effetti collaterali delle terapie), la consapevolezza da parte di tutti i professionisti dell'evoluzione dell'autonomia e della responsabilità dell'infermiere e i cambiamenti organizzativi. Secondo gli articoli 11 e 12 del Codice Deontologico dell'Infermiere infatti:

- Art.11 - *“L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati.”*
- Art.12 - *“L'infermiere riconosce il valore della ricerca, della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito.”*

Sono già stati condotti degli studi sul futuro della Professione Infermieristica in generale; attraverso l'indagine telefonica, condotta nel 2012 dalla Fondazione CENSIS, su un campione nazionale di 1.500 cittadini sulle opinioni, le aspettative e gli eventuali rapporti con gli infermieri e più in generale sul loro ruolo nella sanità del futuro, si può dire che sono almeno due gli aspetti significativi dell'*upgrading* della professione infermieristica nella sanità del prossimo futuro:

- il primo aspetto è legato all'evoluzione del contenuto dell'attività dell'infermiere che sarà dato, oltre che da un'elevata capacità tecnico-professionale, dalla crescente attenzione alla dimensione relazionale come condizione che permette di massimizzare la capacità della struttura e/o del servizio sanitario di rispondere alle aspettative di tutela e cura dei cittadini;
- il secondo aspetto consiste nel riconoscimento di spazi più ampi di responsabilità ed esercizio delle proprie competenze, anche se sempre in stretta connessione con i medici.

Il ruolo significativo che per gli italiani l'infermiere assumerà nella sanità del futuro dovrebbe condurre anche ad un maggior riconoscimento in termini di status, retribuzione e percorsi di carriera. In estrema sintesi, dai risultati della ricerca emergono alcuni punti di una potenziale agenda delle cose da fare:

- aumentare le opportunità di accesso ai corsi universitari;
- mettere al centro della formazione non solo le competenze tecnico professionali ma quelle relazionali, di attenzione al paziente e alla famiglia, e la capacità di interagire, di comunicare e di relazionarsi;
- ampliare nella sanità gli spazi di azione autonoma e diretta degli infermieri, laddove ciò migliora la qualità dei servizi.

Oltre l'82% degli intervistati ritiene che si tratti di un lavoro che richiede soprattutto capacità psicologiche, relazionali, di approccio alle persone, oltre che competenze tecniche, e che questa dimensione sarà sempre più significativa anche in futuro.

Riassumendo, la priorità per il settore infermieristico nel prossimo futuro, in vista di una sanità migliore dal punto di vista dei pazienti, risiede proprio nel migliorare la preparazione psicologica e relazionale (46,8%), seguita dall'aumento del numero di infermieri che escono dalle università (39,9%), e dal miglioramento del rapporto con le nuove tecnologie (37,0%).

Altro aspetto decisivo è quello del rapporto con i medici, in particolare rispetto al grado di autonomia che la professione infermieristica può sviluppare, contribuendo ad innalzare la qualità della sanità. Emergono spazi per valorizzare i valori che, già oggi, gli infermieri incarnano, oltre che le competenze di cui sono portatori: fermo restando il ruolo essenziale di riferimento, anche operativo, dei medici, traspare nel punto di vista dei cittadini l'idea che in una sanità più orientata al territorio e alla prevenzione gli infermieri possano avere un maggiore spazio, che ne valorizzi le capacità e le competenze.

Vi è, come rilevato, la dimensione relazionale, di rapporto umano e di comunicazione che è sempre più importante, e vi sono anche funzioni più specifiche, di contenuto sanitario che, una volta indicate le linee guida e definite le procedure di verifica dei medici, possono indubbiamente essere affidate agli infermieri. Non, quindi, una scelta imposta dalla limitatezza delle risorse, una sorta di

sostituzione forzata di medici con operatori sanitari, ma piuttosto un *upgrading* degli infermieri, guidato da una formazione adeguata e con strumenti, come le linee guida, in grado di far funzionare il modello in modo appropriato ed efficace (Censis-Ipasvi, 2012).

Se si paragonano i risultati dello studio condotto nel 2012 attraverso l'indagine delle opinioni dei cittadini italiani e i risultati dello studio qualitativo sul percepito degli operatori sanitari del Breast Nurse si può affermare che risulta sia da parte dei cittadini che degli infermieri la necessità di assistere ad un'evoluzione dell'attività dell'infermiere, possibile grazie ad un'elevata capacità tecnico-professionale. Ciò che è discordante tra il parere dei cittadini e il parere di medici e infermieri di Breast Unit è l'attenzione verso le capacità relazionali: la priorità per i cittadini italiani risiede proprio nel migliorare la preparazione psicologica e relazionale (46,8%) dell'infermiere, mentre dalle interviste effettuate l'attenzione è rivolta maggiormente all'identificazione e alla gestione delle principali tossicità legate alle terapie, senza alcun accenno alle possibili carenze in ambito relazionale e psicologico.

## CONCLUSIONI

La professione infermieristica possiede una sua specifica identità professionale, un suo campo proprio di attività e di responsabilità e quindi di professionalità, grazie a profondi cambiamenti in particolare dagli anni '90 ad oggi, sia sul versante della formazione, sia sul versante dell'esercizio della professione.

L'infermiere non è più operatore sanitario ausiliario, chiamato ad assolvere rigidi compiti definiti da un mansionario, e in rapporto di subordinazione gerarchica rispetto al medico, bensì professionista sanitario, investito di competenze clinico-assistenziali complementari ma specifiche, e in relazione a queste, di un'ampia gamma di interventi nella cui attuazione opera autonomamente rispetto al medico, assumendosene appieno la responsabilità, nei confronti dell'assistito con cui entra direttamente in relazione.

Di pari passo è cambiato anche il ruolo del paziente, non più destinatario di interventi decisi ed attuati nel suo interesse unilateralmente scelti dal medico, bensì è riconosciuto come titolare di un incompressibile diritto all'informazione e alle scelte sulle cure; diviene quindi parte attiva del processo decisionale.

Diviene fondamentale la capacità di trovare, nel Profilo Professionale, nel Codice Deontologico e nell'ordinamento didattico, spunti originali di riflessione e confronto in grado di offrire ulteriore slancio e vigore all'esercizio professionale infermieristico.

La Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta ha redatto nel 2014 una Bussola dei valori, un modello culturale di riferimento per i suoi operatori a cui allineare i comportamenti, i modelli organizzativi e le procedure operative. Essa declina tutti i singoli valori cui si ispira la Rete in comportamenti che li concretizzano e responsabilità che li garantiscono. Sono proprio i "valori" a divenire i principi ispiratori dell'attività di ogni operatore della Rete: patrimonio di riferimento per l'identità del singolo professionista sanitario e per i cittadini che vi si accostano.

La Breast Unit, essendo parte integrante della Rete Oncologica abbraccia i valori della Bussola; nello specifico essi si concretizzano nell'attività della Rete Oncologica attraverso: i Centri Accoglienza e Servizi (CAS) e i Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC).

In questo contesto l'attività infermieristica del Breast Nurse si configura sempre più come un'attività complessa che si integra con titolarità sostanziale all'interno dell'equipe sanitaria di senologia: il contributo non è individuabile solo nell'attività peculiare e

disciplinare che è il processo di assistenza infermieristica ma si evidenzia anche all'interno del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale della paziente con necessità di integrazione all'interno dell'equipe, all'interno della Breast Unit presa in considerazione. Il Breast Nurse, dotato di Codice Deontologico, Profilo Professionale e formazione di base e post base (Master I livello in Senologia per le Professioni Sanitarie), ha una precisa responsabilità nei confronti della donna con tumore al seno, che è l'assistenza globale e personalizzata, con lo scopo di integrare la cura oggettiva del corpo con la considerazione della soggettività dell'individuo in uno sforzo di umanizzazione che stemperi gli effetti negativi del clima emotivo che la malattia oncologica determina, affinché la persona malata possa trovare la necessaria serenità e la conseguente disponibilità alla piena collaborazione terapeutica. Tutto ciò con il fine primario di una qualità di vita e non solo sulla quantità di vita. Si parla di nuove dimensioni dell'attuale responsabilità infermieristica: la responsabilità clinico-assistenziale, determinata dalla Legge 42/99, per quanto riguarda l'assistenza generale infermieristica; la responsabilità gestionale-organizzativa, rafforzata dalla Legge 251/2000, che attribuisce all'infermiere le attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva; la responsabilità formativa, che comprende la formazione di base, post-base, complementare e permanente.

Attraverso lo studio effettuato presso la Breast Unit dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, si è voluto rispondere ad alcune domande circa l'autonomia e la responsabilità dell'infermiere, attraverso interviste dirette al personale della Breast Unit dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino.

Dalle interviste effettuate agli infermieri e ai medici della Breast Unit emerge come l'infermiere negli anni sia riuscito ad ottenere una sua autonomia e responsabilità, grazie ai cambiamenti legislativi, a quelli organizzativi, e ad una maggior consapevolezza professionale.

Il Breast Nurse attua già in autonomia e responsabilità delle attività specifiche quali: medicazioni di CVC e PICC, medicazioni ferite chirurgiche, prelievi, iniezioni, visita CAS, rilevazione parametri vitali, scelta del presidio CVC da impiantare, valutazione dei bisogni della paziente, organizzazione ed accompagnamento della donna nelle varie fasi del percorso di cura, valutazione degli effetti collaterali delle terapie, interventi preventivi ed

educativi, formazione (affiancamento degli studenti e continuo aggiornamento professionale).

Il Breast Nurse è desideroso di migliorare la sua autonomia e responsabilità, specialmente nell'individuazione e nella gestione degli effetti collaterali dei farmaci e delle altre terapie utilizzate per il tumore alla mammella. Questo sarà raggiungibile solo grazie ad una maggior consapevolezza del cambiamento professionale dell'infermiere anche da parte di tutti gli operatori sanitari che operano in Breast Unit, ad una formazione specifica circa gli argomenti proposti dagli infermieri stessi, dall'aggiornamento di protocolli e procedure condivise, e grazie a cambiamenti organizzativi, che nello specifico caso della Breast Unit dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino stanno avvenendo con i primi risultati positivi.

Bisogna considerare il fatto che non sia emerso nelle interviste, come attività svolta con autonomia e responsabilità, la relazione con la paziente; si è accennato alla comunicazione e al dialogo come due strumenti della Bussola dei Valori idealmente significativi, ma nell'indagine dell'attività della pratica clinica quotidiana non è stato citato da alcun infermiere e medico. Fenomeno che risulta discordare dalle opinioni dei cittadini che alcuni studi precedenti hanno raccolto, in cui è considerato indispensabile un miglioramento dell'aspetto relazionale dell'assistenza infermieristica.

Ritornando all'articolo 2 del Codice Deontologico dell'infermiere risulta fondamentale per il futuro dell'autonomia e responsabilità dell'infermiere di Breast Unit tenere conto che l'assistenza si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa. "Specifici" sta per "propri", ossia interni alla professione in quanto patrimonio di peculiari competenze ed esperienze infermieristiche; "autonomi" sta per "di decisione propria" rispetto ad altre figure professionali; "natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa" sta per saperi disciplinari che sostengono le diverse funzioni infermieristiche e per l'irrinunciabilità della relazione, dell'educazione e dell'informazione. La parte relazionale diviene così indissolubile da quella tecnico-gestionale.

Per il numero ridotto di professionisti presi in considerazione, senza dubbio sarebbe necessario ampliare lo studio qualitativo effettuato, andando ad intervistare anche gli operatori sanitari di altre Breast Unit; poiché tra "gli altri professionisti" hanno risposto



solo i medici, per motivi organizzativi, si potrebbe cercare di coinvolgere anche altre Professioni (es. dietisti, psicologi, fisioterapisti, ecc.).

## BIBLIOGRAFIA

- Agazzi C., Barboncini P., Leni L. et al. *L'evoluzione delle competenze tecnico-specifiche ed etico-deontologiche dell'infermiere nel rinnovato scenario del servizio sanitario*. Tempo di Nursing. Collegio IPASVI di Brescia 2011; 57-65.
- Anonimo. *Bussola dei valori di Rete*. Sito internet della Rete Oncologica Piemonte e Valle D'Aosta. Torino.  
[http://www.reteoncologica.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=578%3Abussola-dei-valori-di-rete&catid=56&Itemid=90](http://www.reteoncologica.it/index.php?option=com_content&view=article&id=578%3Abussola-dei-valori-di-rete&catid=56&Itemid=90). Ultima consultazione: 3/1/2015.
- Anonimo. *Piemonte. Con la Breast Unit "unificata" meno liste di attesa e più qualità nell'assistenza. Il bilancio alla Città della Salute di Torino*. Sito internet: quotidiano sanità.it. 30 novembre 2014. Roma.  
[http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo\\_id=24642](http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=24642).  
Ultima consultazione: 15/12/2014.
- Benci L. *Aspetti giuridici della professione infermieristica. Elementi di legislazione sanitaria*. McGraw-Hill. 4° edizione giugno 2005.
- Borsellino P. *Commentario al Codice Deontologico dell'Infermiere 2009*. L'Infermiere. 5/6 2009.
- Braga M. *La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e la necessità del cambiamento*. Epidemiol Prev 2014. 38 (1); gennaio-febbraio.
- Cannella B., Cavaglià P., Tartaglia F. *L'infermiere e il suo paziente. Il contributo del modello psicoanalitico alla comprensione della relazione d'aiuto*. Il segnalibro Editore. Torino. 1994.
- Carpanelli I., Canepa M., Bettini P., Viale M. *Oncologia e cure palliative*. McGraw-Hill. 2002; 387-394.
- Censis-Ipasvi. *L'infermiere protagonista della buona sanità del futuro. Sintesi dei principali risultati della ricerca*. Bologna, 22-24 marzo 2012.
- Cozzi D., Nigris D. *Gesti di cura*. Torino. Colibrì. 2003.
- Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n.739. Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995, n.6. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo*

*professionale dell'infermiere*. Sito internet dell'Ipasvi. Norme e Codici. Leggi nazionali. Testo aggiornato al 15 dicembre 2005.

<http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/leggi-nazionali.htm>. Ultima consultazione: 3/1/2015.

- Del Vecchio Mario. *Infermieri: modificazioni dell'ambiente e sviluppo della professione*. L'infermiere. Federazione Nazionale Collegi Ipasvi. Roma. Gennaio 2012; 6-11.
- Di Giacomo P. *Un'analisi della responsabilità infermieristica: riferimenti normativi e giurisprudenziali*. Scenario 2008; 25: 35-43.
- Giannantonio Barbieri. *Le leggi parlano chiaro: le attività sono distinte e autonome*. Sole 24 ore Sanità n.30-31. 2010.
- Good Byron J.. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico paziente*. Piccola Biblioteca Einaudi. 2006.
- Iandolo C. *L'approccio umano al malato. Aspetti psicologici dell'assistenza*. Editore Armando. 1983; 283.
- *Il Codice deontologico dell'Infermiere*, approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009.
- Lippi Donatella. *Tra Ottocento e Novecento: le due rivoluzioni*. L'infermiere. Federazione Nazionale Collegio Ipasvi. Roma. Aprile 2010; 5.
- Mangiacavalli B. *La nuova dimensione della responsabilità professionale infermieristica*. Nursing Oggi, numero 3. 2002; 7-10
- Mangiacavalli B., Gastaldi S. *Infermieri essenziali nella salvaguardia del paziente*. L'Infermiere. Ottobre 2011; 8-9.
- Manzoni Edoardo. *A cento anni dalla morte di Florence Nightingale: un'eredità che prepara il futuro*. L'infermiere. Federazione Nazionale Collegi Ipasvi. Roma. Aprile 2010; 9-10.
- Murru L., Mazza R., Mancuso A. *La donna, la malattia e le cure: una proposta verso la personalizzazione dell'assistenza infermieristica*. Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori. 2001.
- Scardigli V., Zangrandi A. *L'evoluzione organizzativa della professione infermieristica nel Sistema sanitario nazionale*. L'Infermiere 5-6. 2009; 12-17.

- Silvestro A. *Commentario al codice deontologico dell'infermiere 2009*. Milano. McGraw-Hill. 2009.
- Wilson A.R.M., Marotti L. *The requirements of a specialist Breast Centre*. European Journal of Cancer. 2013. 49; 3579-3587.

## **ALLEGATI**

## **ALLEGATO 1. Richiesta di intervista agli Infermieri di Breast Unit.**

### **UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO**



#### ***MASTER DI I LIVELLO IN***

#### ***SENOLOGIA PER LE PROFESSIONI SANITARIE***

#### ***BREAST NURSE***

Gentile Infermiere/a di Breast Unit,

gradirei la sua collaborazione in merito ad un progetto da me svolto al fine di analizzare l'autonomia e la responsabilità dell'infermiere di Breast Unit, attraverso un'intervista a Lei rivolta. L'intervista richiederà un tempo di 15 minuti circa, rimarrà anonima e i dati raccolti saranno trattati con riservatezza ed utilizzati esclusivamente per l'elaborazione della mia Tesi di Laurea, il cui titolo è: “ Autonomia e responsabilità dell'Infermiere di Breast Unit”. Grazie alle Sue risposte e a quelle degli altri Professionisti della Breast Unit, potrei rispondere alle domande della tesi:

- cosa si intende per autonomia e responsabilità dell'infermiere (percepito dell'infermiere stesso e degli operatori che lavorano nell'èquipe)?
- l'infermiere di Breast Unit si sente veramente autonomo e responsabile? In quali attività della pratica clinica quotidiana?
- il futuro della Professione Infermieristica nella Breast Unit: i passi che ci sono ancora da fare.

La ringrazio per l'attenzione dedicata.

Dott.ssa Ricci Giulia

Professione: Infermiera

Studentessa del Master di 1° livello in “Senologia per le Professioni Sanitarie”

**ALLEGATO 2. Richiesta di intervista agli altri Professionisti della  
Breast Unit.**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO**



***MASTER DI I LIVELLO IN***

***SENOLOGIA PER LE PROFESSIONI SANITARIE***

***BREAST NURSE***

Gentile Professionista della Breast Unit,

gradirei la Sua collaborazione in merito ad un progetto da me svolto al fine di analizzare l'autonomia e la responsabilità dell'infermiere di Breast Unit, attraverso un'intervista a Lei rivolta. L'intervista richiederà un tempo di 15 minuti circa, rimarrà anonima e i dati raccolti saranno trattati con riservatezza ed utilizzati esclusivamente per l'elaborazione della mia Tesi di Laurea, il cui titolo è: “ Autonomia e responsabilità dell'Infermiere di Breast Unit”. Grazie alle Sue risposte e a quelle degli Infermieri della Breast Unit, potrei rispondere alle domande della tesi:

- cosa si intende per autonomia e responsabilità dell'Infermiere (percepito dagli operatori che lavorano nell'èquipe)?
- in quali attività della pratica clinica quotidiana l'infermiere risulta veramente autonomo e responsabile?
- il futuro della Professione Infermieristica nella Breast Unit: i passi che ci sono ancora da compiere.

La ringrazio per l'attenzione dedicata.

Dott.ssa Ricci Giulia

Professione: Infermiera

Studentessa del Master di 1° livello in “Senologia per le Professioni Sanitarie”

## ALLEGATO 3. Intervista agli Infermieri di Breast Unit.

### Intervista agli INFERMIERI di Breast Unit, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

1. Quale significato hanno per Lei i termini “autonomia e responsabilità” all’interno della Sua Professione?
2. Nella Bussola dei valori della Rete Oncologica di Piemonte e Valle D’Aosta, quale valore più rappresenta la Professione Infermieristica? Perché?



3. Nella Sua pratica clinica quali attività svolge con autonomia e responsabilità?
4. Quali altre attività potrebbero essere svolte con autonomia e responsabilità all’interno della Breast Unit?
5. Secondo Lei, con quali modalità si potrebbe raggiungere tale autonomia e responsabilità?



## ALLEGATO 4. Intervista agli altri Professionisti di Breast Unit.

### Intervista agli altri PROFESSIONISTI di Breast Unit, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

1. Quale ruolo svolge nella Breast Unit?
2. Quale significato hanno per Lei i termini “autonomia e responsabilità” all'interno della Professione Infermieristica?
3. All'interno della Bussola dei valori della Rete Oncologica di Piemonte e Valle D'Aosta, quale valore più rappresenta la Professione Infermieristica? Perché?



4. Nella pratica clinica della Breast Unit quali attività l'Infermiere svolge attualmente con autonomia e responsabilità?
5. Quali altre attività potrebbero essere svolte con autonomia e responsabilità dalla Breast Nurse?
6. Secondo Lei, con quali modalità l'Infermiere potrebbe raggiungere tale autonomia e responsabilità?