

**I servizi delle infermiere consulenti materne e
pediatriche (ICMP) nei servizi di assistenza e cura a
domicilio (SACD)**

Mandato del
Consiglio di Stato

Risoluzione Governativa
n° 5628 del 29 novembre 2005

Michela Guarise
Claudio Benvenuti
Riccardo Crivelli

Avvertenza

Salvo precisazioni, espressioni che possono indicare una forma femminile o maschile non verranno distinte ma saranno utilizzate per ambedue le forme e sono considerate equivalenti.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano il Consiglio di Stato ed il Dipartimento della Sanità e della Socialità (DSS), la Divisione dell’Azione Sociale e delle Famiglie(DASF) e la Sezione del Sostegno a Enti e Attività Sociali (SSEAS), la SUPSI ed il suo Dipartimento Scienze Aziendali e Sociali (DSAS), la Scuola superiore per le formazioni sanitarie (SSFS), i Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) e le infermiere consulenti materne e pediatriche (ICMP), nonché tutti gli enti e le persone che hanno fornito dati e hanno partecipato alle interviste nell’ambito di questo studio.

Nota introduttiva

Richiamo del mandato

1. partendo dall'analisi dell'offerta di prestazioni per le madri ed i bambini erogate dalla rete socio-sanitaria cantonale, identificazione dei bisogni fondamentali e valutazione del loro grado di copertura attuale
2. valutazione del ruolo attuale delle ICMP nel rispondere a quei bisogni (tenuto conto del loro numero, profilo e formazione, esperienza, grado di integrazione nelle équipes dei SACD e nella rete dei servizi socio-sanitari...)
3. messa in evidenza dei possibili scenari futuri, tenuto conto dell'entrata in vigore della Lfam: mantenimento dello status quo, riorientamento dei compiti, ricollocamento strutturale, rinuncia al servizio.

Metodo

Le basi metodologiche della presente valutazione sono le seguenti:

1. raccolta dati presso i servizi ICMP dei SACD
2. interviste qualitative ai direttori e capi-équipes dei SACD, nonché delle operatrici ICMP
3. indagine qualitativa (questionario) presso i partner delle ICMP nella rete socio-sanitaria
4. ricerca bibliografica e documentaria.

Struttura del rapporto

Il rapporto si suddivide in quattro capitoli:

1. l'utenza, i bisogni e le risposte dei servizi ICMP
2. l'efficacia del servizio di consulenza materno-pediatrica
3. aspetti formativi del servizio di consulenza materno-pediatrica
4. l'integrazione delle ICMP nei SACD.

Sono infine formulate delle conclusioni e delle proposte d'indirizzo. Il rapporto è corredato di tre allegati concernenti i dati quantitativi, le interviste e l'inchiesta.

INDICE

CAPITOLO 1	7
L'UTENZA, I BISOGNI E LE RISPOSTE DEI SERVIZI ICMP	7
1.1 Premessa	7
1.2 L'utenza dei servizi ICMP	7
1.2.1 L'evoluzione delle nascite	8
1.2.2 L'evoluzione dei bambini < 4 anni	9
1.2.3 La potenziale utenza dei servizi ICMP	10
1.3 I bisogni dell'utenza ICMP	11
1.3.1 Bisogno in promozione e prevenzione	11
1.3.2 Fattori che influenzano la salute del bambino	12
1.3.3 "Emergenze" sanitarie della pediatria preventiva	12
1.3.4 Prestazioni delle ICMP per fascia d'età	20
1.4 Le risposte dei servizi ICMP dei SACD ai bisogni dell'utenza	22
CAPITOLO 2	29
L'EFFICACIA DEL SERVIZIO DI CONSULENZA MATERNO- PEDIATRICA	29
2.1 Premessa	29
2.2 Efficacia in senso ampio	29
2.3 Efficacia con riferimento agli obiettivi	30
2.3.1 Obiettivi definiti dalla legge sull'assistenza e cura a domicilio	30
2.3.2 Obiettivi definiti dal mandato di prestazioni	30
2.3.3 Obiettivi definiti dalla pianificazione 2000 - 2003	32
2.3.4 Obiettivi definiti (ribaditi) nelle valutazioni intermedie (sperimentazione)	32
2.3.5 Obiettivi definiti dalla pianificazione 2005-2009	33
2.4 Valutazione degli obiettivi pianificati e della sperimentazione	33
2.5 Difficoltà di misurazione dell'efficacia	42
2.6 Risultati percepiti	43
2.6.1 Percezione soggettiva dei risultati	43
2.6.2 Percezione soggettiva del ruolo	47
2.7 Strategie di misurazione degli indicatori	48
2.8 Proposte	49
CAPITOLO 3	53
ASPETTI FORMATIVI DEL SERVIZIO DI CONSULENZA MATERNO PEDIATRICA	53
3.1 Premessa	53
3.2 Le offerte di formazione attuali in Ticino	53
3.2.1 Le offerte di formazione di base in Ticino utili all'indirizzo	53
3.2.2 Le offerte di formazione post diploma in Ticino utili all'indirizzo	54
3.2.3 Le offerte di formazione post diploma relative all'indirizzo in Svizzera	54
3.3 La situazione formativa attuale delle ICMP	54
3.3.1 La formazione professionale delle ICMP	54
3.3.2 La formazione professionale del personale "pediatrico" non ICMP	57
3.4 Situazione formativa delle ICMP: formazione professionale	58
3.5 Situazione formativa attuale delle ICMP: formazione continua	60
3.6 Bisogni formativi segnalati dalle ICMP e dai collaboratori	62
3.7 Proposte	64
CAPITOLO 4	66
L'INTEGRAZIONE DELLE ICMP NEI SACD	66

4.1	Premessa.....	66
4.2	Gli obiettivi dell'integrazione.....	66
4.2.1	Gli obiettivi del legislatore	67
4.2.2	Gli obiettivi operativi.....	68
4.3	Le valutazioni intermedie	69
4.4	I risultati dell'indagine.....	72
4.4.1	L'integrazione amministrativa.....	73
4.4.2	L'integrazione operativa (collaborazione interna).....	73
4.5	L'integrazione delle ICMP nella rete socio-sanitaria del Cantone.....	74
4.5.1	La percezione della collaborazione esterna da parte dei SACD	74
4.5.3	La percezione driguardo alla collocazione istituzionale delle ICMP	77
4.5.4	La percezione degli intervistati esterni	77
4.6	L'organizzazione dei servizi socio-sanitari	78
4.6.1	L'evoluzione della <i>governance</i> dei servizi (pubblici)	78
4.6.2	L'evoluzione della <i>governance</i> dei servizi sociali	80
4.6.3	I modelli d'intervento e le pratiche d'intervento dell'azione sociale	81
4.7	Le possibilità di ricollocazione istituzionale dei servizi ICMP	82
4.8	Proposte d'indirizzo.....	88
4.8.1	L'organizzazione del servizio.....	88
4.8.2	Le collaborazioni esterne	91
4.8.3	La formazione e l'identità professionale	93
4.8.4	Il Profilo delle ICMP	98
CONCLUSIONI E PROPOSTE		102
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA		104
GLOSSARIO, ACRONIMI		107
ALLEGATI.....		109

CAPITOLO 1

L'UTENZA, I BISOGNI E LE RISPOSTE DEI SERVIZI ICMP

1.1 Premessa

In questo Capitolo introduttivo si evidenziano le principali caratteristiche dell'utenza e dei relativi bisogni, nonché le risposte (prestazioni) offerte dai servizi ICMP dei SACD a questi bisogni. Nel primo paragrafo si considerano i due aspetti più rilevanti riguardo alle caratteristiche dell'utenza dei servizi ICMP dei SACD: i dati quantitativi e la tipologia dei bisogni dell'utenza di riferimento. Pur non rappresentando una vera e propria analisi dei bisogni, il rilevamento di questi aspetti evidenzia l'esistenza di una consistente utenza specifica a cui si rivolgono le ICMP. Nel terzo paragrafo le specificità dei bisogni dell'utenza sono confrontate con le risposte dei servizi ICMP.

1.2 L'utenza dei servizi ICMP

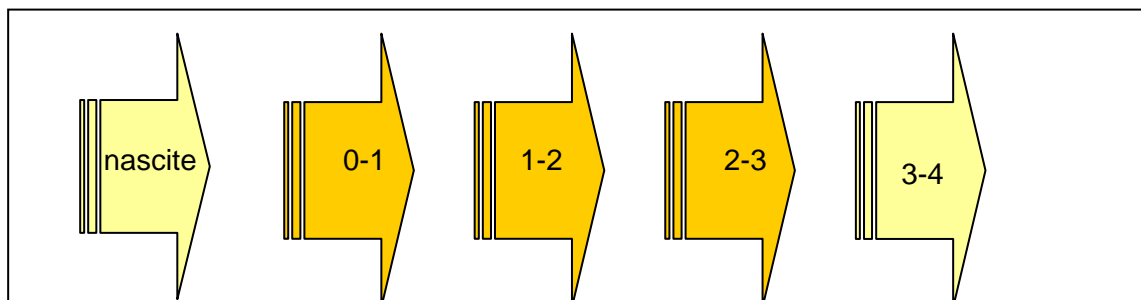
L'utenza dei servizi ICMP è definita dall'art. 3 della vecchia Legge per la protezione della maternità, dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza (LMI), diventato art. 10 della nuova Legge sul sostegno alle attività delle famiglie e di protezione dei minorenni (Legge per le famiglie), del 15 settembre 2003. Tale articolo prevede che:

“Le gestanti e i genitori ricevono per sé e per i bambini in età prescolastica la consulenza sociale e sanitaria gratuita presso i Servizi di assistenza e cura a domicilio riconosciuti dallo Stato in base alla Legge sull'assistenza e cura a domicilio del 16 dicembre 1997.”¹

L'interpretazione “convenzionale” di questa norma considera l'età prescolastica di riferimento quella dei bambini di età compresa tra i 0 e i 3 anni, ancorché – come si evince dai dati dei SACD – non sono esclusi dall'utenza bambini di età superiore. L'utenza di riferimento a cui si rivolgono innanzitutto le ICMP è dunque costituita dalle fasce di età corrispondenti, che rappresentano la loro utenza primaria, unitamente alle gestanti ed ai genitori.

Dal profilo quantitativo, il “modello” di riferimento dell'utenza dei servizi ICMP dei SACD è pertanto il seguente:

Figura 1: modello di riferimento utenza ICMP – SACD



¹ Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino, *Legge sul sostegno alle attività delle famiglie e di protezione dei minorenni (Legge per le famiglie)*, 15 settembre 2003

1.2.1 L'evoluzione delle nascite

Il primo dato rilevante è costituito dalle nascite, la cui evoluzione in Ticino nel ventennio 1986-2005 è stata la seguente:

Tabella 1: nati vivi in Ticino, 1986-2005, suddivisi in Svizzeri e Stranieri. Fonte: Ustat 2006

Anno	Svizzeri	Stranieri	Totale
1986	1978	485	2463
1987	1888	548	2436
1988	1953	484	2437
1989	1999	585	2584
1990	2090	673	2763
1991	2153	745	2898
1992	2165	786	2951
1993	2123	846	2969
1994	2218	890	3108
1995	2113	947	3060
1996	2204	886	3090
1997	2142	909	3051
1998	2201	848	3049
1999	2128	835	2963
2000	2229	828	3057
2001	2020	703	2723
2002	2198	706	2904
2003	2054	680	2734
2004	2125	628	2753
2005	2153	631	2784

L'evoluzione mostra un aumento progressivo delle nascite fino ai "picchi" di oltre 3000 nascite nella seconda metà degli anni '90; successivamente le nascite si sono assestate attorno alle 2700-2800 unità. Si osserva anche che l'evoluzione degli Svizzeri è relativamente più costante di quella degli Stranieri: questi ultimi hanno conosciuto

incrementi notevoli, fino a raddoppiare il numero di nascite dal 1986 al 1995, da 485 a 947, per diminuire in seguito fino a 630 nascite ca. negli anni 2004 e 2005.

Si può dunque affermare che ogni anno “entrano” poco meno di 3000 nuovi nati nell’“enveloppe” degli utenti ICMP. Questa evoluzione, secondo gli scenari demografici elaborati fino al 2030, dovrebbe affermarsi anche in futuro.

Un dato complementare, che accompagna l’evoluzione dei nati vivi e che è utile qui rilevare in virtù della sua pertinenza con l’utenza in questione, è quello dei nati morti: essi si situano da alcuni anni al di sotto delle 10 unità/anno, ciò che testimonia ovviamente di una bassa mortalità prenatale, certamente e positivamente significativa dal profilo della salute pubblica.

Come si ripartiscono queste nascite sul territorio cantonale? Considerando i comprensori SACD, le nascite in Ticino dal 2000 al 2005 si presentano nel seguente modo:

Tabella 2: nascite in Ticino dal 2000 al 2005. Fonte: Ustat, 2006

Comprensorio SACD	2000	2001	2002	2003	2004	2005
SACD Mendrisiotto	486	432	435	431	432	429
SCuDo	957	832	898	862	863	868
MAGGIO	323	289	299	297	296	300
Locarnese e Vallemaggia	615	531	602	512	499	498
SACD Bellinzona	450	405	441	415	440	440
SACD Trevalli	236	236	236	224	230	257
Totale Ticino	3067	2725	2911	2741	2760	2792
nati vivi	3057	2723	2904	2734	2753	2784
nati morti	10	2	7	7	7	8
<i>Totale</i>	<i>3067</i>	<i>2725</i>	<i>2911</i>	<i>2741</i>	<i>2760</i>	<i>2792</i>

dato nati morti 2001: saldo

Al di là dell’evoluzione globale delle nascite, di cui si è detto, è interessante rilevarne la ripartizione sul territorio, nonché la sua evoluzione temporale nel periodo considerato, che non mostra significativi spostamenti da un comprensorio all’altro, se non una leggera compensazione tra il Bellinzonese e le Tre valli da un lato – che “tengono” – e il Locarnese e Vallemaggia dall’altro lato – che “cedono”. Ma trattasi di movimenti relativamente poco importanti.

1.2.2 L’evoluzione dei bambini < 4 anni

Se ogni anno entrano 2700-2800 nuovi nati, e se la mortalità infantile (fasce 0<3) è ridotta, ciò significa che avremo un volume di (2700-2800) x 3 bambini, ossia 8100-8400 bambini quale “coorte” annuale di questa fascia di età. La seguente tabella conferma questo “volume” di utenza potenziale con riferimento all’anno 2005.

Tabella 3: bambini di età < 4 anni, secondo l'età, 2005. Fonte: Ustat, 2006

Comprensorio	da 0 a 1	da 1 a 2	da 2 a 3	totale
SACD Mendrisiotto	423	424	439	1286
SCuDo	863	861	846	2570
MAGGIO	303	313	319	935
Locarnese e Vallemaggia	496	507	528	1531
SACD Bellinzonese	429	440	429	1298
SACD Trevalli	256	237	229	722
Totale	2770	2782	2790	8342

1.2.3 La potenziale utenza dei servizi ICMP

In relazione all'obiettivo pianificatorio di assumere attività di coordinamento, assistenza e cura, che come si vedrà per ora non si è concretizzato appieno, si potrebbe riferirsi ai dati relativi alle ospedalizzazioni dei bambini in Ticino, nel tentativo di delineare le caratteristiche della potenziale utenza.

Ci sembra opportuno il riferimento a questi dati in quanto un potenziamento dell'offerta in assistenza e cura rivolta ai bambini potrebbe garantire la continuità delle cure a fronte delle dimissioni precoci (dimissioni protette) dall'ospedale, evitando quindi un certo numero di ricoveri proprio grazie all'assistenza domiciliare.

Dai dati pubblicati nel "Rapporto di attività 2005"² dell'EOC si deduce che nello stesso anno i bambini ricoverati (da 0 a 16 anni, nuovi nati esclusi) sono stati 2'528.

Per quanto il bisogno di assistenza e cura della popolazione pediatrica non si limiti alla sola fascia d'età tra i 0 e i 3 anni, la seguente tabella ne riporta i dati.

Tabella 4: bambini di età < 3 anni ricoverati degenti, senza nuovi nati, negli istituti ospedalieri del Canton Ticino, secondo l'età, dal 2003 al 2005. Fonte: Ustat, 2006

Età	2003	2004	2005
da 0 a 1	562	639	551
da 1 a 2	269	248	225
da 2 a 3	220	216	185
Totale	1051	1103	961

È molto difficile, se non impossibile, esprimersi ulteriormente su questi dati, in particolare sapere quali sono le indicazioni mediche o le patologie all'origine dei ricoveri. Sembrerebbe certo, tuttavia, che l'esistenza o meno di un'adeguata possibilità di assistenza e cura a domicilio nella fase post-ospedaliera potrebbe, se non addirittura incidere sulla durata del soggiorno, perlomeno facilitarne il rientro e l'assistenza (e le cure) a domicilio, nonché sostenere la famiglia.

² www.eoc/allegati/r_annuale_2005.pdf

1.3 I bisogni dell'utenza ICMP

In questo capitolo si descrive, da un punto di vista qualitativo, il bisogno dell'utenza pediatrica al quale il servizio delle ICMP, in un'ottica interdisciplinare, risponde con le proprie prestazioni nell'ottica della promozione, della prevenzione e della cura.

1.3.1 Bisogno in promozione e prevenzione

Lo stato di salute del bambino e della sua famiglia dipende da numerosi fattori.

La definizione di salute dell'OMS recita: *“Salute è non solo l'assenza di una malattia o di un'infermità, bensì uno stato globale di benessere fisico, mentale e sociale”*.

Questa definizione mette l'accento sulla multidimensionalità della salute e dei fattori che la determinano, e sottintende che il servizio sanitario non deve elargire unicamente cure ma soprattutto “bene salute”.

Qui di seguito, al fine di delineare il bisogno in salute della popolazione infantile, si descrivono alcune determinanti della salute e alcune situazioni che da un punto di vista della pediatria preventiva e sociale sono degne di considerazione e che hanno una relazione con il bisogno a cui le infermiere che lavorano sul territorio devono rispondere. Il documento non ha pretese di essere esaustivo, ma sottolinea alcuni dei bisogni di salute importanti dei bambini e della famiglia.

La salute di un bambino è determinata fin da prima del suo concepimento, di seguito dalla gravidanza che condurrà la madre e dal modo con cui i suoi genitori si prenderanno cura di lui utilizzando in modo consapevole e responsabile le risorse proprie e del contesto in cui sono inseriti.

In questo senso la puericultura, la pediatria preventiva e la pediatria sociale sono discipline che giocano un ruolo importante nell'ambito della salute pubblica. Hanno lo scopo di difendere e di migliorare la salute dei bambini e delle loro famiglie andando così a sostenere una fetta importante della popolazione. Soprattutto attraverso azioni volte alla prevenzione delle malattie, alla promozione della salute ed all'educazione alla salute, la salute dei bambini e delle loro famiglie può essere positivamente influenzata.

L'infermiera pediatrica ha la possibilità e le competenze per contribuire in modo significativo al mantenimento e al miglioramento della salute non soltanto del bambino ma anche della sua famiglia e della comunità, integrando la sua attività a quella di altri professionisti della salute che operano sul territorio. L'intervento infermieristico di tipo preventivo si può situare a diversi livelli: a livello istituzionale e dei consultori, ma non c'è dubbio in maniera preferenziale in quelli che sono i luoghi di vita dei bambini, in particolare a domicilio, ma anche negli asili e nelle scuole.

Le infermiere che lavorano presso un servizio d'assistenza e cure a domicilio, come le ICMP, entrando nelle case delle famiglie, hanno la possibilità di conoscere la famiglia nei suoi aspetti più “domestici” spesso particolarmente significativi per comprenderne il “modo di vivere” in relazione alla salute. Contrariamente ad altri professionisti della salute, il loro entrare nelle case della popolazione è riconosciuto e considerato “normale” e a questo modo di operare non viene associato nessun agire di “vigilanza”.

1.3.2 Fattori che influenzano la salute del bambino

In rapida rassegna, i fattori che influenzano prevalentemente la salute del bambino sono i seguenti.

L'ereditarietà

Il patrimonio genetico di ogni individuo ne determina in modo significativo lo stato di salute o perlomeno lo stato di salute atteso. Molte malattie genetiche o ad andamento familiare possono produrre anche importanti modifiche alle possibilità dell'individuo di avere uno sviluppo bio-psico-sociale nella norma. È stata dimostrata la familiarità di alcune patologie cardiache, tumorali ed endocrine per le quali, per quanto colpiscano soprattutto in età adulta, fin dall'infanzia è utile adottare stili di vita opportuni.

La famiglia

La famiglia può ridurre o rinforzare le potenzialità di salute e le possibilità di cura di uno dei suoi componenti.

La famiglia detiene un bagaglio di competenze, conoscenze ed esperienze che mobilita al momento di doversi prendere cura del proprio bambino. La nascita di un bambino o il confronto con una situazione nuova quale la malattia, può mettere a dura prova le capacità di farvi fronte in modo autonomo: la famiglia ha bisogno di avere dei punti di riferimento che possano sostenere, completare o supplire le sue potenzialità.

La famiglia costituisce lo spazio privilegiato per garantire al bambino la sicurezza psico-affettiva assicurando spazi di crescita, sviluppo, evoluzione e adattamento.

Essendo il primo nucleo di socializzazione, l'influenza della famiglia è determinante nella salute delle nuove generazioni. Attraverso la famiglia il bambino impara ad assumere dei comportamenti che sono più o meno "sani" o perlomeno suscettibili di determinare la sua salute. Non di meno alcuni comportamenti dei genitori o dei famigliari possono costituire dei fattori a rischio anche per i bambini.

Il modello tradizionale di famiglia ha lasciato spazio a nuove configurazioni familiari: entrambi i genitori sempre più spesso lavorano, le madri rientrano al lavoro precocemente dopo il parto, i figli in tenera età sono affidati ai nonni o alle "culle" e i più grandi passano parte del loro tempo libero soli a casa o fuori casa, occupati da attività sportive, ricreative, ecc.

Separazioni e divorzi sono in aumento e producono sistemi familiari molto differenziati. L'impatto economico e affettivo delle separazioni non è da sottovalutare come elemento che influenza lo stato di benessere dei figli.

1.3.3 "Emergenze" sanitarie della pediatria preventiva.

In riferimento al nostro contesto, qui di seguito sono elencate alcune situazioni che hanno un particolare significato dal punto di vista della pediatria preventiva e per le quali l'intervento anche delle ICMP assume un notevole valore di ordine preventivo.

La qualità dell'aria

La qualità dell'aria dei locali in cui vive l'intera famiglia è uno degli ingredienti per la salute di tutti i suoi membri.

In particolare in questa sede si evidenziano gli effetti dannosi del fumo e del fumo passivo. Innumerevoli studi hanno confermato come il fumo materno sia collegato con varie complicanze sia a livello del decorso della gravidanza (aborto, nascita prematura) che a livello del neonato (basso peso alla nascita, poliglobulia, aumento dei tumori a cellule germinali, riduzione della funzionalità respiratoria nei primi 18 mesi di vita).

Il fumo materno è stato associato anche ad un aumento dell'incidenza delle otiti, delle bronchiti e dell'asma nei bambini, e all'aumentata possibilità di ammalarsi di cancro ai polmoni e di infarto cardiaco da adulti.

Sono pure comprovate le associazioni fra fumo passivo e patologie a carico dell'albero respiratorio negli adulti ma anche nei bambini: in presenza di esposizione precoce al fumo (tabagismo materno o fumo passivo) si sono osservate manifestazioni asmatiche più precoci e complessivamente più gravi.

Nei neonati e nei lattanti il fumo materno e il fumo passivo, unitamente all'elevata temperatura del locale in cui dorme il bambino, e alla posizione prona durante il sonno, sono fattori di rischio per la SIDS (sindrome della morte improvvisa del bambino).³

La consulenza delle ICMP in famiglie con neonati, lattanti e piccoli bambini, dà loro la possibilità di fornire una serie di consigli dopo l'attenta osservazione dei comportamenti familiari, ma anche di osservare le eventuali manifestazioni patologiche.

Gli incidenti domestici

La sicurezza fisica nell'ambito domestico è messa a dura prova dalle caratteristiche dei bambini nelle diverse fasce di età: lo sviluppo psico-motorio, lo sviluppo cognitivo, la coscienza del pericolo e lo spirito "avventuriero" producono situazioni a rischio ed incidenti. I giocattoli, i mobili, le finestre, le prese elettriche, le piante,... sono in tutte le case e potenzialmente sono un pericolo. Cadute, soffocamento, avvelenamento, folgorazione, annegamento,... sono solo alcuni esempi di quanto può accadere.

Alcuni determinanti sociali quali la povertà, la famiglia monoparentale, il basso livello educativo della madre, la giovane età della madre alla nascita del bambino, le cattive condizioni dell'alloggio, le famiglie numerose, la dipendenza dei genitori da alcool o droghe e la migrazione recente, aumentano il rischio d'incidente⁴.

In Svizzera il 59% degli incidenti in bambini da 0 – 5 anni e il 40% degli incidenti da 0 – 16 anni avviene a domicilio, e il 72,5% degli incidenti fra 0 – 5 anni avviene in presenza dei genitori o di persone adulte. Sempre in Svizzera circa 100 bambini all'anno muoiono in seguito ad un incidente; si stima che circa 120'000 bambini all'anno sono trattati dal pediatra o in ospedale, se si includono i medici generalisti la stima sale a 360'000; nella fascia d'età 0 – 5 anni, per ogni bambino morto ve ne sono 18 che avranno quale conseguenza un handicap fisico permanente, 40 saranno ospedalizzati e 800 saranno trattati ambulatoriamente⁵.

Non c'è dubbio, in Svizzera gli incidenti in età infantile configurano un'"emergenza" sanitaria.

Nel *Rapporto Innocenti 2001 dell'UNICEF* su 24 nazioni la Svizzera si trova al 17° posto per numero di incidenti tra i 0 – 16 anni; fra i paesi più "ricchi" è quello con il maggior tasso d'incidenti.

La cattiva posizione si spiega con la mancanza d'informazione e di coordinamento fra i numerosi organismi statali e privati che si occupano di prevenzione degli incidenti nei bambini; con la difficoltà degli adulti, dimostrata da alcune indagini, a stimare i rischi in funzione dell'età del bambino e alla non conoscenza di mezzi semplici di prevenzione (la maggioranza dei genitori desidera avere maggiori informazioni, una sola famiglia su quattro dichiara di aver ricevuto informazioni sul tema)⁶.

³ www.swiss-paediatrics.org/parents/sids/index-it.htm

⁴ Pipad'es, Prévention des accidents d'enfants: module de formation, avril 2002, pag. 39

⁵ ibidem, pag. 13-15

⁶ ibidem, pag. 10

Sicuramente anche in questo campo le ICMP possono identificare le situazioni e i comportamenti a rischio e quindi attivarsi attraverso una consulenza mirata.

L'alimentazione

Il bambino fin dalla nascita ha bisogno di un'alimentazione sana. Con ciò s'intende un'alimentazione che si adatti costantemente alle mutevoli esigenze nutrizionali dell'età evolutiva e che si apporti a questa pratica pure un significato affettivo e sociale. Il bambino dipende completamente per questo bisogno e le scelte dei suoi genitori ne determinano la qualità.

Gli esperti hanno descritto ampiamente i benefici dell'allattamento al seno e hanno definito le raccomandazioni per un'alimentazione di qualità nell'infanzia. Nonostante ciò, le rappresentazioni più differenti sono ancora presenti nella popolazione e sono i professionisti della salute che hanno il compito di tradurre "i dati della scienza" nella quotidianità dell'agire domestico.

L'allattamento al seno, nonostante sia il modo più naturale di nutrire il proprio bambino, non è privo di difficoltà, come non lo è il sapersi districare fra la moltitudine di offerte di latte in polvere e tettarelle, come pure preparare una pappa con alimenti adatti all'età ed iniziare a svezzare il proprio bambino con l'utilizzo del cucchiaino. Difficilmente sono queste le risposte che una mamma può ottenere dal pediatra.

Se una mamma intinge il ciuccio nel miele per tranquillizzare il proprio neonato quando piange, non solo lo mette a rischio per l'insorgenza della carie ai denti che ancora non ha, ma inizierà ad influenzare il suo gusto. Quanto zucchero, quanto sale, quanti grassi, quanti vegetali, ... la famiglia utilizza nella propria cucina, determinano gusti e comportamenti alimentari futuri di chi è ancora in fasce.

Ciò che attualmente preoccupa maggiormente è l'obesità infantile e le conseguenze della stessa in età evolutiva e una volta raggiunta l'età adulta.

*"Ricerche condotte dal Laboratorio d'alimentazione umana del Politecnico di Zurigo a Rüslikon mostrano che, nella fascia d'età fra i sei e i dodici anni, il 16,7% dei ragazzini svizzeri (pari a circa uno su sei) è in sovrappeso, percentuale che sale al 19,1% per le bambine (quasi una su cinque). Molti bambini svizzeri non sono però solo in sovrappeso, ma soffrono di vera e propria obesità, che interviene quando il peso corporeo supera di circa un terzo la media."*⁷

"L'obésité de l'enfant représente une véritable crise de santé publique. En Suisse...5 à 8 % sont atteints d'obésité. Ils développent très tôt les bases des maladies cardiovasculaires et du diabète. Des études suisses récentes montrent que 44 % des enfants et adolescents en surpoids présentent déjà des comorbidités, alors que 57 % des patients obèses ont un syndrome métabolique et 86 % souffrent d'hypertension mesurée sur 24 heures".⁸

⁷http://194.6.181.127/ita/economia/detail/Sempre_pi_bambini_svizzeri_in_sovrappeso.html?siteSect=161&id=1606093&cKey=1044213540000

⁸www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol17/vol17n5/pdf/34.pdf

Quali le cause?

“... se entrambi i genitori sono obesi, si calcola che il bambino ha l'80% delle possibilità di diventarlo, mentre il rischio è inferiore al 10% se il peso di mamma e papà è normale”.⁹ Una mancanza cronica di tempo, che spinge molti genitori a scegliere cibi già pronti, o a chiedere ai figli cosa preferiscano mangiare piuttosto che impegnarsi a convincerli della necessità di un'alimentazione equilibrata. Naturalmente, i bambini puntano su prodotti ipercalorici e pieni di conservanti.

Uno studio relativo al canton Ticino (ma generalizzabile all'intera realtà elvetica) ha poi evidenziato una stretta correlazione tra la comparsa dell'obesità e il consumo di media elettronici che favoriscono la sedentarietà, quali televisione, computer o videogiochi. Infine, oggi i bambini hanno molta più facilità di accesso al cibo rispetto a qualche anno fa: un esempio classico è la merenda al chiosco dopo scuola, pagata con l'argent de poche settimanale”.¹⁰

Le attuali visite delle ICMP in famiglie con neonati, lattanti e piccoli bambini, danno loro la possibilità di fornire una serie di consigli dietetici relativi alla crescita dell'infante, ma anche di osservare le abitudini alimentari di tutta la famiglia e la situazione di crescita di eventuali fratelli. Non è mai troppo presto per iniziare questo tipo di promozione della salute e prevenzione anche con informazioni sull'attività fisica consigliata nell'età evolutiva.

Comportamenti a rischio: alcool

Il consumo di alcool è uno fra i comportamenti che mettono a repentaglio la salute delle famiglie e dei giovani. Per quanto appaia un fenomeno distante dall'infanzia, i ricercatori si vedono costretti ad abbassare l'età del gruppo bersaglio di ricerca in quanto è un fenomeno che colpisce fasce d'età sempre più basse. Gli ultimi studi si riferiscono a bambini e giovani consumatori di alcol a partire dai 10 anni. Per ovvi motivi, l'alcoolismo, o l'abuso di sostanze, determina il livello di benessere di tutta la famiglia.

“In base alle stime dell'ISPA, in Svizzera il 4,4 per cento delle donne (ossia circa 140'000 persone) consuma alcol in modo rischioso. Questo consumo a rischio è particolarmente problematico per il gruppo di donne in età di procreare (ossia circa 66'000 persone) perché molte di loro, fino alla quarta o quinta settimana di gravidanza, non si rendono conto di essere incinte. Sulla diffusione dei danni causati dall'alcol non esistono molti dati, ma in Svizzera si stima che la frequenza della sindrome fetale alcolica (FAS), la conseguenza più grave dovuta al consumo di alcol, sia da 0,5 a 2 casi per mille neonati”¹¹

In Ticino, negli ultimi 20 anni, sono nati tra i 2500 e i 3000 bambini all'anno. I danni non si limitano, come descritto, al solo neonato (primo mese di vita), ma segnano lo sviluppo del bambino anche per gli anni successivi. Le ICMP incontrano con una certa frequenza questo tipo di utenza che per le sue condizioni risulta particolarmente fragile.

“Il consumo di alcol nelle fasce giovanili desta preoccupazione al pari di quello della canapa e richiede una politica specifica e un'attenzione particolare da parte delle autorità, degli educatori e della società intera. Il fatto che l'alcol sia una sostanza legale non ne fa una sostanza innocua, specie se consumata in giovane età e con modalità di consumo

⁹ www.mobile-sport.ch/upload/pdf/i_16-17_Akzente.pdf

¹⁰ http://194.6.181.127/ita/economia/detail/Sempre_pi_bambini_svizzeri_in_sovrappeso.html?siteSect=161&id=1606093&cKey=1044213540000

¹¹ <http://www.sfa-ispas.ch/index.php?IDtheme=142&IDarticle=1166&IDcat7visible=1&langue=F>

*non più radicate nella nostra cultura, ma legate a sottoculture centrate sul bere eccessivo (binge drinking)”.*¹²

*“Ogni giorno tre o quattro giovani finiscono all’ospedale per abuso di alcolici. Nell’anno preso in considerazione dall’indagine (il 2003) in Svizzera sono stati circa 1’300 i bambini, gli adolescenti e i giovani adulti tra i 10 e i 23 anni trattati in ospedale per avvelenamento alcolico o dipendenza dall’alcol. In 900 casi è stato accertato un avvelenamento da alcol – in termini scientifici un’„intossicazione alcolica“ – che si manifesta con un’ubriachezza acuta e che causa disturbi della coscienza, della percezione, del comportamento o danni alla salute. Il numero di intossicazioni alcoliche (diagnosi principale e secondaria) aumenta nettamente a partire dai quattordici anni e raggiunge il suo apice tra i diciotto e i diciannove. A partire dai 20 anni comincia lentamente a diminuire.”*¹³

Studi sempre realizzati in Svizzera, più datati ma non per questo meno interessanti, evidenziano altri aspetti e sottolineano come il comportamento in famiglia influenzi i figli che rischiano di riproporre lo stesso atteggiamento:

“Più i genitori hanno l’abitudine di bere, più i loro figli hanno la tendenza a fare altrettanto in modo regolare; i figli da 11 a 16 anni con genitori che bevono regolarmente alcool durante i pasti sono percentualmente più propensi a consumare alcool, rispetto a quelli che hanno genitori che non bevono durante i pasti; i figli che consumano regolarmente delle bibite alcoliche a 12 anni rischiano doppiamente di diventare in seguito dipendenti rispetto a coloro che a quell’età non consumano alcool.” (Müller, 1980)¹⁴

E’ l’entrare nelle case della popolazione che permette alle ICMP di partecipare alla presa a carico di questo tipo di disagio psico-fisico: esse sono nella posizione ideale per rilevare le situazioni a rischio, per proporre azioni di educazione sanitaria, per mobilitare la rete preposta a questo tipo di problema e per mettere a disposizione le proprie competenze.

La maternità e la nascita.

È in questo particolare ambito che le ICMP propongono la maggior parte delle prestazioni. La nascita del primo bambino o di un ulteriore bambino comporta un cambiamento e quindi la necessità di ritrovare un nuovo equilibrio familiare: le relazioni fra i componenti della famiglia si modificano, le esigenze del neonato e degli altri figli si impongono, i compiti a cui devono rispondere i genitori aumentano, e la famiglia deve quindi adattarsi ad un nuovo modo di vivere la quotidianità e deve acquisire nuove competenze per affrontare la nuova condizione.

Parrebbe incredibile, ma un essere tanto piccolo può stravolgere le abitudini familiari e non solo perché di notte non fa dormire i genitori (bisogno determinante per l’equilibrio psico-fisico), ma anche perché lui necessita che i suoi bisogni vengano compresi e soddisfatti dal suo *entourage* familiare.

Le mamme sempre più decidono di rientrare nel mondo del lavoro precocemente dopo la nascita di un figlio, sia per motivi economici, sia per il proprio sviluppo personale e professionale. Non è semplice lasciare il ruolo di mamma: “lasciare” il proprio bambino ha perlomeno delle implicazioni affettive ed organizzative.

I contatti generazionali all’interno della famiglia si sono fatti sempre più fragili negli ultimi anni, è così che la neomadre non può contare su quell’esperienza e competenza della famiglia nell’accudire, allevare ed educare la propria prole.

¹² <http://www.ti.ch/CAN/SegGC/comunicazioni/GC/odg-mes/5600.htm>

¹³ <http://www.sfa-isp.ch/index.php?IDtheme=143&IDarticle=1347&IDcat24visible=1&langue=D>

¹⁴ Müller (1980) in P. Badon, S. Cesaro, *Manuale di nursing pediatrico*, casa editrice Ambrosiana, Milano, 2002, pag. 295

I genitori hanno bisogno di un punto di riferimento, di consigli sui più disparati temi, di essere sostenuti e rassicurati nel loro progetto genitoriale, anche quando nella famiglia non esistono problematiche particolari. Laddove il disagio di qualsiasi tipo è invece presente, le famiglie, istanza fondamentale della società, devono poter contare su un servizio che le aiuti a svolgere in salute il loro ruolo sociale.

Il disagio psichico nel periodo del puerperio.

Il disagio psichico nel periodo del puerperio può assumere con una certa frequenza e a gradi diversi, alcune forme particolari: *post partum blues*, depressione post-natale, psicosi puerperale.

“Il periodo dopo il parto è una fase speciale della vita della donna e del bambino che coinvolge aspetti personali e sociali. E’ caratterizzato da forti emozioni, cambiamenti fisici importanti, mutamenti nelle relazioni interpersonali, e coincide con l’acquisizione di un nuovo ruolo, di una nuova identità, specialmente nelle donne alla prima esperienza. Tutto questo richiede buone capacità d’adattamento.”¹⁵

“Durante la prima settimana dopo il parto circa l’80% delle madri fa esperienza del post-partum blues...Se i sintomi persistono oltre due settimane, ciò potrebbe indicare l’inizio di una depressione post-natale. Approssimativamente, una donna su cinque con post - partum blues, svilupperà una depressione maggiore.”¹⁶

“Una percentuale compresa da 4 a 15% delle gestanti soffrirà di depressione durante la gravidanza, condizione che aumenta il rischio della comparsa di una depressione post-natale.”¹⁷

“Gli studi maggiori indicano una prevalenza del 10 –15 % con il risultato di una metanalisi del 13 %.”¹⁸

Ciò significa che per 1000 nascite 100 – 150 donne svilupperanno una depressione post-parto.

“La depressione post-natale compare entro i dodici mesi successivi al parto, anche se l’insorgenza è datata, più frequentemente, tra quattro e sei settimane. Tende a svilupparsi gradualmente, può persistere per diversi mesi ed essere causata anche da un aborto. In una piccola percentuale di casi può tradursi in depressione cronica o ripresentarsi nelle gravidanze successive.

Si manifesta con sintomi depressivi differenti nel numero, nel tipo e nella gravità rispetto a quelli riferiti da donne depresse che non hanno partorito. Non è da confondersi con i disturbi acuti da stress e da stress post-traumatico, che a volte compaiono durante il primo

¹⁵ www.saperidoc.it/doc_146.html

Il sito web di SaPeRiDoc (*Centro di documentazione sulla salute perinatale, riproduttiva e sessuale*), si propone come uno strumento di aggiornamento continuo attraverso il quale professionisti, donne e cittadini possono accedere a informazioni basate su prove di efficacia, aggiornabili e coerenti con le scelte assistenziali praticabili a livello locale. In particolare SaPeRiDoc si propone di:

- aumentare efficacia ed efficienza degli interventi terapeutici nell’area materno infantile, attraverso la disseminazione delle migliori prove di efficacia nella pratica clinica;
- promuovere un comune approccio all’utilizzo delle prove di efficacia per le diverse figure professionali che, a differenti livelli, offrono assistenza alla donna, alla mamma e al bambino;
- promuovere e supportare una formazione permanente che si svolga direttamente sul posto di lavoro;
- sviluppare analisi e valutazioni dell’impatto di informazione e documentazione per una pratica clinica basata sulle prove di efficacia;
- integrarsi con altri strumenti informativi e banche dati che abbiano come obiettivo la disseminazione di linee guida e di documenti basati su prove di efficacia.

¹⁶ www.saperidoc.it/ques_160.html

¹⁷ www.saperidoc.it/ques_158.html

¹⁸ ¹⁸ “Linee guida per la prevenzione e la cura dei disturbi psichici delle donne nel post-parto”, pag. 12, in www.ssfs.ch

anno di vita del bambino. Interessa il 15% delle madri, percentuale che può salire al 26% tra le adolescenti, con una variabilità compresa tra 3-30% secondo il metodo ed i tempi d'accertamento. Un rilevante numero di casi (40-60%) si manifesta entro tre mesi dal parto, e si tratta prevalentemente di depressioni comparse in gravidanza. Una percentuale di donne da 25 a 60% ha una remissione dei sintomi tra i tre e i sei mesi, mentre da 15 a 25% entro dodici mesi dal parto.”¹⁹

La psicosi puerperale “è il disturbo meno frequente, ma più grave. Non deve essere confusa con la depressione post- natale... Si manifesta nelle donne che hanno una storia personale o familiare di schizofrenia o di psicosi maniaco-depressiva (anche nota come disturbo bipolare). Colpisce 1-2 donne su 1000, la comparsa può essere drammatica, con inizio subito dopo il parto o entro 48-72 ore. Per la maggior parte delle donne i sintomi si sviluppano entro due settimane dal parto. Esiste un rischio significativo d’infanticidio o suicidio ed aumenta l’incidenza di trattamenti psichiatrici e ricoveri per due anni dopo il parto”.²⁰

“L’équipe di assistenza primaria deve essere cosciente che la diminuzione della permanenza nei reparti di maternità sposta l’esordio dopo la dimissione, quindi a domicilio. Più tardi vengono curati questi disturbi, più sono prolungati i loro sintomi e maggiori sono gli effetti negativi sulla relazione madre – bambino e le ripercussioni sullo sviluppo psicologico, sociale ed educativo del bambino. Anche la relazione tra madre e partner può essere deteriorata. Una prevenzione efficace e una risposta di cura adeguata ai bisogni dell’utenza richiede un intervento interdisciplinare.

Il coordinamento degli interventi dovrebbe coinvolgere i sevizi di cura e di prevenzione con i loro professionisti: ostetriche , infermiere (reparto di maternità e dei consultori “Genitori e bambini”) assistenti sociali, ginecologi, pediatri psicologi, psichiatri, medici di famiglia, associazioni di volontariato e altre associazioni interessate al tema.

La dimostrazione dell’efficacia degli strumenti di depistaggio utilizzati e applicati dagli operatori d cure primarie a domicilio ha permesso d’incentivare la popolarità dei metodi di screening. Lo strumento maggiormente utilizzato per il depistaggio in questa fase (nella fase post-natale)è la scala di Edimburgo EPDS: essa ha una buona evidenza di efficacia, soprattutto di sensibilità specifica...”²¹

Le ICMP sono in assoluto, visto il periodo in cui questi eventi si manifestano, le professioniste della salute più adatte rilevare i fattori a rischio e le manifestazioni dei differenti disagi psicologici che possono colpire le donne nel periodo del puerperio. Sono nella posizione privilegiata per iniziare il sostegno specifico e di mobilitare i servizi territoriali preposti al sostegno di queste problematiche.

Si rammenta che la SSFS propone già da due anni dei corsi relativo al tema: “Prevenzione dei disturbi psichici nel post-parto”.²²

¹⁹ www.saperidoc.it/ques_161.html

²⁰ www.saperidoc.it/ques_165.html

²¹ “Linee guida per la prevenzione e la cura dei disturbi psichici delle donne nel post-parto”, pag. 10,11, 13, 15 e 16 in www.ssfs.ch

²² cfr. www.ssfs.ch/framework/Desktopdefault.aspx?menu_id=25&content_id=148

L'immigrazione

Uno studio condotto in Svizzera²³ mette in luce alcuni elementi interessanti ai fini della presa a carico delle donne e delle famiglie immigrate:

- le aspettative ed i comportamenti orientati alla salute delle donne immigrate dipendono dalla loro provenienza sociale e geografica (città o campagna), dalla durata del soggiorno, dalla loro cultura e da come sono venute già in contatto nel paese d'origine con la medicina occidentale;
- nel periodo post-natale in particolare si sentono isolate e non curate adeguatamente; questo è dovuto alle difficoltà linguistiche, alla mancanza di riferimenti familiari e culturali, di grande importanza nei luoghi d'origine per quanto riguarda le conoscenze e le abilità nella presa a carico della salute del neonato e della madre; per questioni linguistiche, questo ruolo viene proiettato sul padre (solitamente si esprime meglio nell'idioma corrente), creando possibili conflitti sia per l'uomo che per la donna e per il rapporto di coppia;
- in generale le donne immigrate accedono ai servizi prenatali, molto meno ai servizi post-natali a causa di un deficit informativo e di una mancanza di continuità tra periodo pre- e post-natale;
- le donne riconoscono come offerte principali i corsi pre-parto e il servizio di consulenza materno-pediatrica;
- il servizio delle consulenti materno-pediatriche è un punto di riferimento importante già prima della nascita e durante il ricovero in ospedale in occasione del parto.

Lo studio giunge a formulare delle indicazioni per il miglioramento della presa a carico di quest'utenza:

- creare maggior trasparenza fra servizi già esistenti soprattutto per favorire l'accessibilità ai servizi e il ponte fra presa a carico pre- e post-natale;
- informare in modo tempestivo sulle offerte della rete socio-sanitaria;
- completare e migliorare in maniera specifica le offerte già presenti, in particolare i corsi pre-parto e la consulenza materno –pediatrica;
- migliorare le competenze interculturali dei vari servizi.

La ricerca conferma e ribadisce le indicazioni dell'Ufficio federale per la salute.²⁴

Il servizio delle ICMP è ritenuto dalle utenti stesse una grande risorsa, riconosciuta tale anche a livello della rete dei servizi territoriali.

I maltrattamenti infantili

L'entità e la visibilità dei fenomeni di maltrattamento infantile sono di difficile rilevamento, essendo socialmente riprovevoli e nascosti. La Definizione dell'OMS nel rapporto mondiale sulla violenza e la sanità del 2002 è la seguente:

“Per abuso o maltrattamento infantile si intendono tutte le forme di maltrattamento fisico e/o emozionale, l'abuso sessuale, la trascuratezza o qualsiasi trattamento negligente, lo sfruttamento per motivi commerciali o qualsiasi altro motivo, i quali hanno delle conseguenze dannose effettive o potenziali sulla salute del bambino, sulla sua sopravvivenza, sul suo sviluppo e sulla sua dignità, nel contesto di una relazione di responsabilità, di fiducia o di potere.”

²³ M. Zahorka, C. Blöchliger, *Bedürfnisanalyse zur reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen in der Schweiz*, Basel 2003

²⁴ cfr. www.bag.admin.ch/sucht/migration/d/migration.pdf

La stessa OMS definisce poi i ruoli e le responsabilità dei professionisti della salute e degli operatori sociali nei confronti del maltrattamento infantile:

“Tutti i professionisti che lavorano con i bambini possono riuscire a identificare o sospettare casi di abusi ai minori (medici, psicologi, personale del pronto soccorso, insegnanti, assistenti sociali, ecc.). Tutti questi, così come coloro che si trovano di fronte ad un caso di abuso di minori, hanno l’obbligo di prendere misure atte alla protezione.”²⁵

Poche, per le ragioni dette, le conoscenze del fenomeno alle nostre latitudini:

“Per la Svizzera, i dati più recenti a disposizione sono quelli dello studio SMASH-025. Esso indica che 14.4% delle ragazze e 1.7% dei ragazzi affermano di aver subito un abuso sessuale. Gli autori precisano che la frequenza degli abusi sessuali è spesso sottovalutata nei questionari perché le vittime, in particolare i ragazzi, faticano ad ammettere questo tipo di esperienza, come pure perché molte persone hanno rimosso questo episodio dalla loro memoria.

Nel Cantone Ticino, i dati della Magistratura dei minorenni evidenziano ogni anno decine di segnalazioni (2001: 73; 2002: 62; 2003: 59) per sospetto di abuso sessuale nei confronti di minorenni, con relative inchieste giudiziarie. Dal 2004 la competenza in materia è passata al Ministero pubblico. Considerando solo l’art. CPS 187, ossia il reato di atti sessuali su fanciulli (senza considerare altri reati come ad esempio la coazione sessuale o le molestie sessuali), i casi denunciati sono 36 per l’anno 2004, 40 nel 2005 e 14 fino al 06.06.2006.... L’abuso sessuale dei minori è dunque un problema frequente, benché spesso nascosto. La sua gravità richiede assolutamente tutta l’attenzione di chi ha come obiettivo di promuovere il rispetto dei bambini!”²⁶

È attraverso l’azione su queste determinanti che la salute delle famiglie con bambini può essere positivamente influenzata, dai servizi alla salute territoriali, e quindi anche dalle ICMP, in collaborazione con tutte le istanze sociali. Si evidenzia nuovamente come sia proprio il poter entrare nelle case – l’accesso facile al domicilio - la condizione che le pone in una posizione privilegiata rispetto a queste “emergenze della pediatria preventiva”.

1.3. 4 Prestazioni delle ICMP per fascia d’età

Il piano d’assistenza infermieristico deve essere coerente con i bisogni educativi della famiglia e del bambino. Gli argomenti da trattare devono essere definiti rispetto alle priorità, in considerazione dell’unicità delle caratteristiche della famiglia e del potenziale di miglioramento e di motivazione che vanno sempre sostenuti.

La valutazione dello stato di salute della famiglia deve essere sempre eseguita anche in mancanza di evidenti problemi; l’accertamento permette di individuare le aree che necessitano di particolare attenzione e d’intervento educativo.

È utile definire con la famiglia il proprio stato di salute e come può essere migliorato, ed individuare gli ostacoli e le risorse opportune.

Gli ambiti d’intervento si modulano anche in funzione dell’età del bambino, in quanto alcuni bisogni e problemi di salute sono strettamente legati alla fascia d’età.

Descrivere tutti i possibili interventi che le ICMP offrono in risposta alle innumerevoli richieste delle famiglie sarebbe fuori luogo in questa sede; qui di seguito sono elencate alcune prestazioni per la fascia d’età tra i 0 e i 3 anni.

Il documento TI-DOCC-MI contempla nei suoi contenuti una buona rappresentanza delle prestazioni delle ICMP e del servizio di consulenza materno-pediatrica.

²⁵ <http://aspi.dti.supsi.ch/browse/thinking>

²⁶ <http://aspi.dti.supsi.ch/browse/prevention-sheet?id=8>

Neonato e primo anno di vita

- anamnesi familiare remota e storia di vita della famiglia; anamnesi della gravidanza e del parto; decorso neonatale
- valutazione delle relazioni fra componenti della famiglia (in situazione di normalità, adattamento dopo la nascita di un nuovo figlio, separazione,...)
- valutazione delle condizioni ambientali e socio-economiche in cui è inserito il bambino e la famiglia (condizioni igieniche, ventilazione dei locali, fumo, situazioni a rischio per incidenti domestici, disoccupazione, potenzialità economiche...)
- esame obiettivo del neonato: valutazione di peso, lunghezza e circonferenza cranica; identificazione di eventuali malformazioni e controllo in particolare delle articolazioni coxofemorali e della chiusura delle "fontanelle"
- valutazione dell'adattamento neonatale (evoluzione del peso e recupero del calo ponderale fisiologico, termoregolazione, caduta del moncone ombelicale, evoluzione dell'ittero post-natale,...)
- educazione sanitaria rispetto all'importanza dei controlli sanitari, delle vaccinazioni e l'assunzione di alcuni fondamentali principi dietetici (visite di controllo, calendario delle vaccinazioni, incentivo all'allattamento al seno, sostegno dell'allattamento materno in caso di difficoltà materne o del bambino, utilizzo di latti sostitutivi adatti all'età del bambino, svezzamento, introduzione dell'alimentazione solida secondo le raccomandazioni, preparazione dei biberon e dei pasti, cura e sterilizzazione del materiale, ...)
- valutazione delle condizioni a rischio di inadeguatezza della madre o della famiglia (baby blues, esaurimento psicofisico, depressione post-partum, psicosi post-partum, dipendenze dei genitori, violenza familiare,...)
- educazione sanitaria per la prevenzione della "morte bianca" e degli incidenti domestici e della circolazione (utilizzo dei seggiolini di sicurezza)
- educazione sanitaria relativa ai più disparati temi (igiene del bambino, vestiario, arredamento della camera e del letto, vestiario, sonno, prevenzione delle infezioni, candida albicans, dermatite seborroica, dermatite tossica del neonato, coliche del lattante, fluoroprofilassi, sviluppo della dentizione, profilassi della carie, valutazione della diuresi e dell'eliminazione intestinale, pannolini, ...)
- educazione sanitaria rispetto agli stili di vita e comportamenti volti alla salute
- mobilitazione di altri servizi o professionisti in caso di esigenze particolari.

Da 1 a 3 anni

Buona parte delle prestazioni fornite nel primo anno di vita continuano ad essere d'interesse pure nel secondo anno di vita. In particolare:

- valutazione dei parametri antropometrici e riferimento alle tabelle di crescita dei percentili
- valutazione neurologica e comportamentale (sviluppo psico-motorio-affettivo, sviluppo del linguaggio e della socializzazione) ed educazione su come stimolare lo sviluppo (gioco, stimolazione sensoriale, contatti fra coetanei, ...)
- valutazione delle capacità sensoriali (udito, vista,...)
- incentivo alle visite di controllo e al calendario delle vaccinazioni
- introduzione dell'alimentazione simile a quella dell'adulto secondo le raccomandazioni
- la prevenzione degli incidenti domestici e della circolazione

- valutazione delle condizioni a rischio per trascuratezza o maltrattamento (unghie lunghe e sporche, capelli sporchi e aspetto trasandato, lesioni cutanee ed esiti cicatriziali sospetti,...)
- educazione sanitaria relativa ai più disparati temi (prevenzione della carie, disturbi del sonno, conquista e disturbi del controllo degli sfinteri, pannolini, "vasino",...).

1.3.5. Bisogno in assistenza e cura

Patologie, traumi dovuti ad incidenti, interventi operatori,... non necessitano del ricovero in strutture ospedaliere fino alla completa guarigione; la presenza di un servizio di assistenza domiciliare permetterebbe ad alcuni bambini di poter godere di cure adeguate restando nel proprio ambiente domestico; in alcuni casi il mantenimento al domicilio è la miglior terapia per il bambino.

Solo alcuni esempi: controlli dei parametri vitali e di altri indicatori quali la saturazione transcutanea, medicazioni, prelievi, somministrazione di medicinali di diverso tipo e attraverso diverse vie, ablazione dei punti di sutura, somministrazione di alimenti e medicinali tramite sonda-naso gastrica, terapie perfusionali tramite catetere venoso periferico o centrale, cure palliative, accompagnamento alla morte, ... sostegno ed educazione ai genitori per l'acquisizione dell'autonomia nella cure del proprio bambino.

1.4 Le risposte dei servizi ICMP dei SACD ai bisogni dell'utenza

Nel discutere dell'assetto istituzionale di un servizio socio-assistenziale è imprescindibile considerare alcuni elementi relativi ai bisogni dell'utenza e alle attività occorrenti per risponderli. Si considerano, infatti, i seguenti elementi:

Figura 2: bisogni dell'utenza e offerta di prestazioni



Dai dati relativi alle attività e alle prestazioni delle ICMP negli ultimi anni (confronta allegato A) emergono, alla luce degli elementi sopra richiamati, le seguenti caratteristiche:

La natura e le modalità di offerta delle prestazioni

La natura delle prestazioni è prevalentemente orientata alla consulenza, in un'ottica di informazione, *counselling*, prevenzione e securizzazione alle mamme, soprattutto nel periodo successivo alla nascita di un figlio. Altre prestazioni, quali le prestazioni di cura in caso di malattia del bimbo o della madre (al riguardo vedi la discussione sulla pertinenza della loro assunzione o meno da parte delle ICMP) risultano essere a tutt'oggi meno frequenti, benché ciò non significa che queste siano meno importanti in un'ottica di intervento assicurato in caso di necessità, come più volte evidenziato nel paragrafo precedente.

Per questo tipo di prestazioni occorre rilevare un aspetto di sporadicità da un lato ma anche di grande impegno ed intensità qualora se ne presentasse la necessità (esempi:

testimonianze SACD RTV e MAGGIO). Alcune testimonianze raccolte presso i servizi sono al riguardo eloquenti: attivazione di importanti risorse “dedicate” alla cura in casi particolarmente delicati e complessi, quali ad esempio i casi di bambini con patologie tumorali a carattere terminale, per i quali, in ogni caso, il domicilio rappresenta un valore assoluto.

Le caratteristiche dell’utenza

Le caratteristiche dell’utenza non sono riconducibili ad un’unica matrice. In realtà, fanno capo alle ICMP gruppi sociali diversi, in situazioni socio-economiche differenti, sia in ambito urbano che in ambito rurale, da parte di abitanti autoctoni come da parte dell’utenza di diversa etnia e provenienza. E, ovviamente, per una molteplicità di problematiche diverse.

I tassi di copertura illustrati dal rapporto “bambini neonati/bambini visti dal servizio” sono relativamente vicini da un comprensorio all’altro – attorno al 70% - e non lasciano trasparire marcate differenze nelle caratteristiche generali dell’utenza, per lo meno per quanto riguarda l’entrata in contatto con la stessa. In altri termini, si può dire che le ICMP si rivolgono ad un’utenza che riflette in generale l’evoluzione delle strutture, delle forme e delle problematiche familiari odierne²⁷, sollecitate ad intervenire in un momento particolare della vita della famiglia, agli inizi della stessa, in una famiglia “giovane” ma anche fragile, tradizionale o monoparentale, e per lo più in occasione del suo consolidamento con la nascita di un figlio e negli anni immediatamente successivi. Un tratto caratteristico di rilievo emerge tuttavia da questo quadro generale: la presenza di famiglie di etnie diverse, le quali presentano ovviamente specificità tali da richiedere un impegno e delle competenze particolari.

²⁷ Vedi Consiglio di Stato, *Messaggio 5280, Legge per le famiglie*, 25 giugno 2002, che sintetizza nel modo seguente l’evoluzione della famiglia:

“La realtà familiare del XXI secolo è caratterizzata da:

- *pluralità delle forme di convivenza*
- *crescente instabilità della coppia*
- *calo della natalità*
- *procreazione più tardiva quale libera scelta*
- *rapporti tendenzialmente più paritari nella coppia*
- *rapporti meno autoritari fra genitori e figli*
- *nuclei familiari più piccoli o con un solo genitore*
- *minore solidarietà familiare e intergenerazionale*
- *multiculturalità nella famiglia.”*

Tabella 4: nazionalità dei bambini utenti del servizio ICMP di SCuDo, 2005. Fonte: SCuDo

Nazionalità/età bambini	da 0 a 1	da 1 a 2	da 2 a 3	da 3 a 4	> 4	Totale
Svizzera	787	415	87	13	1	1305
Italiana	83	33	14			130
Portoghese	11	10	1			22
Srilanka	4	9				13
Serba	8		2			10
Bosniaca	2	5				7
Croata	4	2				6
Kossovava	4	1				5
Turca	2	3				5
Francese	4					4
Angolose		3				3
Iraniana		2				2
Russa			2			2
Austriaca			1			1
Germanica	1					1
Inglese		1				1
Altra	5					5
Totale						1522

A parte l'evidente problema linguistico, che può rappresentare anche un ostacolo importante, si tratta qui di conoscere e considerare con la necessaria sensibilità l'intreccio di molteplici esigenze, spesso assommate, d'ordine culturale, religioso, socio-economico e valoriale, che questa fascia di utenza può presentare. Anche se numericamente ancora contenuta, questa utenza si rivela, per le ragioni illustrate, molto impegnativa.

Se si considera la possibilità di uno sviluppo concreto delle cure, la tipologia dell'utenza assumerebbe caratteristiche ancor più variegata: gli utenti principali non sarebbero più solo neonati o lattanti prevalentemente sani, ma bambini di tutte le età e adolescenti con problemi di salute più o meno importanti, a differenti stadi di malattia e con richieste in cure del tutto particolari in funzione del loro stato clinico, del loro livello di sviluppo, dei loro bisogni e della rispettiva famiglia.

Altri obiettivi pianificatori potrebbero portare all'allargamento ulteriore dell'utenza da raggiungere, quali le madri in gravidanza e i gruppi di popolazione (a rischio o meno): è evidente che anche in questo caso l'utenza ha caratteristiche particolari e bisogni diversi.

Per ora, le ICMP rispondono prevalentemente ai bisogni di consulenza per i bambini più piccoli, come si evince dalla seguente tabella, riferita a SCuDo:

Tabella 5: ripartizione dell'offerta in funzione dell'età dell'utenza. Fonte: SCuDo 2005

Età bambini	da 0 a 1	da 1 a 2	da 2 a 3	da 3 a 4	> 4	Totale
Consultazione/visita a domicilio	906	282	36	7	3	1234
Consultazione in ambulatorio	1332	853	92	6	3	2286
Consultazione telefonica	804	421	75	3		1303
Altro	74	41	12			127
Totale consultazioni	3116	1597	215	16	6	4950

Ovviamente, la “somma” di prestazioni diverse è in sé priva di significato; tuttavia, senza conferirle valore matematico, essa rappresenta un’approssimazione del “volume” e della ripartizione tipologica delle prestazioni erogate²⁸. Le due tabelle permettono infatti di evidenziare alcuni interessanti aspetti:

- si osserva innanzitutto una differente ripartizione “strutturale” tra i tre tipi di prestazioni da un SACD all’altro; ossia, a prescindere dalle variazioni, le consulenze in ambulatorio/sede sono prevalenti presso SCuDo, dove rappresentano quasi la metà delle prestazioni di consulenza registrate, mentre, ad eccezione che per il 2000, esse rappresentano meno di $\frac{1}{4}$ presso ALVAD. Viceversa, le consultazioni telefoniche rappresentano all’incirca la metà delle prestazioni presso ALVAD, mentre non rappresentano che $\frac{1}{4}$ / $\frac{1}{3}$ presso SCuDo. Questo significa anche, di conseguenza, che le prestazioni a domicilio rappresentano anch’esse tra $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{3}$ del totale delle prestazioni in ambedue i SACD;
- paradigmaticamente le situazioni estreme sono molto ampie e possono essere rappresentate dall’anno 2004: in quell’anno, le prestazioni in ambulatorio/sede sono state il 47.6% del totale a SCuDo e il 17.8% del totale a ALVAD; le consulenze telefoniche, al contrario, sono state il 27.7% a SCuDo e il 53.8% a ALVAD;
- notevole è anche la variabilità del numero di prestazioni all’interno di una particolare categoria di prestazioni e con riferimento ad un determinato SACD. Così, per ALVAD, le consulenze in ambulatorio/sede si sono situate nel periodo considerato tra le 920 nel 2004 (pari al 17.8% delle prestazioni) e le 1’674 nel 2000 (pari al 32.0%), oppure ancora, sempre per ALVAD, le consultazioni/visite a domicilio si sono situate tra le 979 del 2000 (18.7%) e le 1’593 del 2003 (30.4% delle prestazioni dell’anno). Anche per SCuDO si osservano per il periodo considerato sensibili variazioni, sebbene in modo meno pronunciato che per ALVAD.

Ciò può significare diverse cose: che esiste una certa mobilità dell’utenza, oppure anche che la natura delle prestazioni (consulenza) non richiede sempre e in ogni caso la visita a domicilio, oppure ancora che le modalità di erogazione delle prestazioni possono essere condizionate anche da elementi strutturali, quali la disponibilità e la prossimità dell’ambulatorio rispetto al bacino d’utenza. Significa dunque, come testimoniato, che queste modalità – consulenza a distanza (telefonica) e/o consulenza in ambulatorio – devono assicurare in una forma o nell’altra una facilità d’accesso ed essere disponibili e diffuse adeguatamente sul territorio di riferimento del servizio.

Differente il discorso se rapportato alle cure, che per buona parte, dovrebbero essere prestate a domicilio, come avviene peraltro per l’utenza adulta, mentre ancora diverse sono le modalità in altri contesti in cui le ICMP offrono prestazioni, come nel caso della promozione della salute presso gruppi mirati di utenza (asili nido, scuole, gruppi di popolazione...).

La complessità e la pluri-problematicità dell’utenza

Se, in genere, le problematiche a cui sono attualmente confrontate le ICMP e a cui devono far fronte non sono particolarmente complesse, ciò non toglie che per un certo numero di situazioni esse possano trovarsi confrontate con problematiche anche di estrema complessità, in presenza concomitante di bisogni di tipo sanitario, assistenziale e sociale. Queste situazioni, sebbene attualmente non rappresentino la regolarità, non sono

²⁸ Una dimensione che pure occorre considerare è quella temporale. I dati relativi al monte-ore di ogni categoria di prestazioni indicano chiaramente la maggiore intensità delle prestazioni a domicilio rispetto alle consulenze in ambulatorio e a quelle telefoniche. Cfr. ALLEGATO A

infrequenti ed esistono praticamente in ogni servizio. Qui, il problema è a sapere quali sono i limiti d'intervento delle ICMP. Forse è proprio questo l'ambito in cui le ICMP possono attivarsi maggiormente come "risorse di rete", nel senso di costituire non tanto la risorsa e la risposta diretta ed immediata ad ogni e qualsiasi bisogno, ma nel senso di saper individuare e attivare altre risorse, eventualmente più pertinenti e con competenze specifiche, commisurate all'entità delle diverse problematiche e delle situazioni contingenti a cui sono confrontate.

Si richiamano al riguardo i risultati delle interviste ai componenti della rete di collaborazione delle ICMP (ALLEGATO B, domanda 3) dai quali risulta in particolare che il rapporto di collaborazione è ritenuto buono (e molto buono), con tuttavia margini di miglioramento possibili ed auspicabili.

Se si fa poi riferimento al mandato delle ICMP, che comprende oltre alla consulenza anche le cure e la promozione/prevenzione presso gruppi di popolazione, la complessità dell'intervento si farebbe ancora più importante.

La durata/continuità degli interventi

Anche la dimensione temporale delle prestazioni va qui considerata. Quante volte la stessa famiglia – in generale la madre – fa capo alle ICMP? E per quanto tempo? A prescindere da casi particolari, con interventi molto frequenti e per una durata importante, anche superiore all'anno, si può dire che prevalentemente gli interventi richiesti per singola famiglia (per la madre e per la nascita di un figlio) si limitano ad alcuni contatti (visite, consulenze in ambulatorio o telefoniche) per una durata tutto sommato limitata, oppure ad intermittenza, vale a dire non ripetuti sistematicamente nel tempo ma "sopradici" e a distanza temporale notevole l'uno dall'altro, in occasione di "emergenze" particolari (osservazione della crescita in termini fisici, cognitivi, affettivi e sociali, in caso di malattia, in caso di interrogativi e dubbi, ecc.).

Nel caso delle cure, le ICMP si potrebbero confrontare a singoli interventi (per es. medicazione e ablazione dei punti di una ferita) come ad accompagnamenti prolungati di una famiglia (per es. bambino terminale che desidera restare a domicilio).

La complementarità/specificità delle azioni/prestazioni

Se, in prima battuta, si rileva che lo spettro degli interventi richiesti alle ICMP sembra sufficientemente "omogeneo" e specifico, in realtà essi possono costituire uno tra i diversi interventi, accanto a quelli di altri servizi e/o di altre/i operatrici/operatori socio-sanitari. Si presentano infatti, sommariamente, due situazioni: l'ICMP è l'unica figura ad intervenire, oppure essa interviene unitamente ad altri professionisti socio-sanitari. In questo secondo caso appare perlomeno opportuno verificare, d'intesa con queste figure, quali sono le necessità di coordinamento a cui le ICMP possono contribuire.

È opportuno osservare qui, come rilevato dalle interviste (ALLEGATO B, domanda 4) che sembrerebbe esistere una certa sovrapposizione di competenze tra le ICMP e gli altri servizi/operatori nel rispondere alle richieste dell'utenza. Le risposte all'interrogativo posto ("esistono delle sovrapposizioni di competenza tra voi e le ICMP") confermano in effetti tale pericolo di sovrapposizione, in particolare si evidenziano le reazioni delle levatrici, il cui ruolo e attività presentano indubbiamente delle affinità con quelli delle ICMP.

In sintesi, dall'analisi degli elementi sopra esposti, emerge un tratto prevalente delle attività delle ICMP: da un lato le caratteristiche fondamentali del loro intervento sono riconducibili ad una tipologia assai profilata, con una variabilità di situazioni e problematiche relativamente contenuta e quindi assai uniforme, gestibili secondo modalità

e competenze che non dovrebbero rappresentare né una difficoltà dal profilo dell'intervento in sé, né dal profilo organizzativo; dall'altro lato, all'opposto esse possono essere attivate in modo da richiedere uno sforzo e delle risorse molto intense, in virtù di situazioni molto particolari, difficili, specifiche e a volte parecchio complesse e, benché per ora non numerosissime, tali da richiedere competenze elevate, non solo professionali ma di coordinamento, che devono tener conto di dimensioni diverse e richiedere interventi multipli, sia dal profilo prettamente assistenziale che organizzativo.

Ora, se è vero che sono queste le situazioni più impegnative e problematiche, e non tanto le situazioni "ordinarie", è altrettanto vero che in queste situazioni le ICMP possono assumere un ruolo estremamente prezioso e fondamentale, in linea con gli obiettivi stessi della legge. Trattasi, dunque, di adattarsi ad un'utenza che potremmo definire in un certo senso "bi-polare"²⁹.

L'utenza potenziale di riferimento, come visto, è quantitativamente determinata dalle 2700-2800 nascite all'anno e dalle successive fasce d'età < 3 anni.

²⁹ Paradigmatica di questa bi-polarità, può essere la richiesta formulata di recente ai servizi ICMP dei SACD da parte di un Capo servizio di oncologia pediatrica di un ospedale EOC. La richiesta si riferisce proprio ad un segmento di utenza impegnativa, quindi ad un "polo" dell'utenza ICMP. Scrive la dr.ssa Capo servizio: "Ideale per qualsiasi bambino ammalato è poter rimanere il più possibile a casa, nel suo ambiente familiare e protettivo. Durante le cure di una malattia grave come per esempio una leucemia, questo non è sempre realizzabile, dato che il bambino ha bisogno di cure ospedaliere. Nelle fasi meno intensive della terapia un trattamento a domicilio è però possibile e le cure pediatriche moderne prendono sempre più questa tendenza. Anche se negli ultimi anni si è fatto di tutto per rendere i reparti pediatrici accoglienti, è indiscutibile che il poter curare un bambino a domicilio abbia dei vantaggi sia dal lato psico-sociale sia dal lato medico, sempre che la presa a carico sia fatta da personale pediatrico formato e che ci sia un'organizzazione efficiente. Nelle situazioni particolarmente delicate, fortunatamente rare, come la fase terminale della vita di un bambino, l'impegno del personale curante è ingente e può protrarsi per periodi molto lunghi. Finora abbiamo sempre cercato di curare i bambini a domicilio se questo era il loro desiderio e quello delle loro famiglie, incontrando non poche difficoltà organizzative e appoggiandoci spesso su persone che si sono messe a disposizione volontariamente."

CAPITOLO 2

L'EFFICACIA DEL SERVIZIO DI CONSULENZA MATERNO-PEDIATRICA

2.1 Premessa

La valutazione dell'efficacia riguarda il grado di raggiungimento degli obiettivi: efficace è l'azione (il programma...) i cui risultati corrispondono agli obiettivi. In quest'ambito, con riferimento alla valutazione della messa in esecuzione di un'azione pubblica, si possono proporre due modi essenziali d'intendere l'efficacia:

- in senso ampio, con riferimento allo scopo generale della legge, volta a soddisfare genericamente i bisogni e quindi una domanda della popolazione (degli utenti);
- con riferimento al raggiungimento degli obiettivi specifici della legge e quindi, come nel caso in esame, del mandato di prestazione, della sperimentazione e della pianificazione.

2.2 Efficacia in senso ampio

Con riferimento alla prima accezione, ossia all'efficacia come risposta ai bisogni della popolazione, la valutazione risulta tanto più difficile poiché un vero e proprio rilevamento della domanda *ex-ante* non è mai stato eseguito ed è ora, oggettivamente, un'operazione pressoché impossibile. Come fa notare il direttore di un SACD, attualmente l'offerta è piuttosto "reattiva" (o "autodeterminata"), mentre manca una strategia operativa e sistematica per identificare i bisogni dell'utenza (in termini globali) e pertanto le caratteristiche della domanda.

La prima considerazione riguarda dunque il fatto che l'efficacia, intesa quale risposta pertinente e responsabile ai bisogni della popolazione, è estremamente difficile da rilevare. Ciò è dovuto in buona parte alla natura stessa dei bisogni ai quali questi servizi intendono rispondere e messa in evidenza precedentemente: innanzitutto al fatto che i bisogni stessi, oltre ad essere estremamente eterogenei, non si manifestano, se non parzialmente, in modo tale da poter essere resi facilmente visibile e misurabili. Occorre anche aggiungere che non è possibile definire i bisogni settoriali legati alla maternità e all'infanzia e attribuirli con precisione ed esclusivamente all'area di competenze delle ICMP e dei SACD: un bisogno specifico non necessariamente deve essere attribuito a quest'area di competenza, ma potrebbe essere assunto o potrebbe opportunamente trovare delle risposte in modi diversi e da parte di istanze diverse.

Vista la complessità di determinate situazioni si può ritenere che l'approccio ideale sia caratterizzato proprio da una presa a carico interdisciplinare e intersettoriale.

La difficoltà, come detto, è in buona parte dovuta alla natura stessa dei bisogni a cui s'intende dare risposta, se è vero che *"la consulenza materno pediatrica risponde ai*

*bisogni emergenti e latenti dell'utenza, con particolare attenzione alle situazioni più vulnerabili*³⁰, e se è vero che “essa si inserisce in un contesto più generale di prevenzione e di promozione della salute pubblica”.³¹

Come determinare dei bisogni “emergenti” o “latenti”? Come declinare, in termini di bisogni, il contesto più generale di prevenzione e di promozione della salute? Come trasformare tali bisogni in “domanda” di prestazioni? I richiami a questo tipo di bisogni, come visto nel Cap. 1, sono tali da non essere facilmente “definibili” in termini di bisogni quantitativi. Ciò, ovviamente, e come si vedrà, si riverbererà anche in termini di difficoltà di valutazione dei risultati delle azioni e delle prestazioni offerte dalle ICMP.

2.3 Efficacia con riferimento agli obiettivi

In una seconda accezione di efficacia, e nel tentativo di precisarne i contorni ed essere operativi, si può cercare di fare riferimento alle finalità e agli obiettivi previsti ed assegnati al servizio di consulenza materno-pediatria. Si possono distinguere: gli obiettivi definiti nella legge, gli obiettivi definiti nel mandato di prestazione, gli obiettivi definiti nella sperimentazione e nelle pianificazioni.

2.3.1 Obiettivi definiti dalla legge sull'assistenza e cura a domicilio

La legge sull'assistenza e cura a domicilio definisce le finalità e l'utenza dei SACD; lo scopo della stessa può essere riassunto nei termini seguenti:

*“Per permettere ad ogni persona di ricevere cure ed assistenza a domicilio; per garantire quindi un sostegno, un aiuto, alla singola persona e anche alla sua famiglia. In presenza di problemi sanitari l'aiuto è pure rivolto al medico di famiglia che può in tal modo favorire il mantenimento a domicilio del suo paziente. La singola persona, o la sua famiglia, può beneficiare di prestazioni di assistenza e cura a domicilio in caso di maternità, vecchiaia, di difficoltà socio-familiari, malattia, infortunio o disabilità. Si tratta quindi di una nuova legge per tutti, universale, sia per la prima infanzia che per la persona anziana, sia per la persona malata che invalida.”*³²

Si osserva che il servizio di consulenza materno-pediatria è, secondo quest'ottica, parte integrante di un disegno “universalistico”, volto a permettere cure ed assistenza a domicilio alla popolazione bisognosa. In modo specifico si menziona la maternità e la prima infanzia, accanto alla vecchiaia, alle difficoltà familiari, alla malattia, all'infortunio e alla disabilità. L'“area” materno-pediatria e pertanto la sua utenza, costituiscono dunque un tassello dell'intero comparto dell'intervento a domicilio.

2.3.2 Obiettivi definiti dal mandato di prestazioni

Le finalità dei SACD sono definite nel “Catalogo dei servizi e delle prestazioni” e riguardano il servizio di assistenza e cura a domicilio, le cure infermieristiche e la consulenza materno-pediatria.

³⁰ DSS/DAS, *Catalogo dei servizi e delle prestazioni – assistenza e cura a domicilio – prestazioni – cure infermieristiche*, IV-C / 1

³¹ DSS/DAS, *Catalogo dei servizi e delle prestazioni – assistenza e cura a domicilio – prestazioni – cure infermieristiche*, IV-C / 1

³² http://www.ti.ch/DSS/DAS/SSEAS/temi/acd/info_generali.htm

Per il servizio di assistenza e cure a domicilio le finalità sono definite nel seguente modo:

*“Consentire alla persona non autosufficiente di rimanere il più a lungo possibile al proprio domicilio, ed evitare o ritardare il ricovero in una struttura residenziale, organizzando e utilizzando al meglio le proprie risorse, coordinandole con quelle disponibili sul territorio (servizi d'appoggio nell'ambito dell'assistenza e cura a domicilio, volontariato, altri servizi socio-sanitari).”*³³

Per le cure infermieristiche le finalità sono precisate nel seguente modo:

*“Preservare, stimolare e, per quanto possibile, recuperare le risorse fisiche, psichiche e sociali dell'utente, nel rispetto della libertà di scelta e della dignità della persona e in un'ottica di presa a carico globale. Accompagnare e sostenere l'utente nell'evoluzione del suo stato di salute, stimolandone la massima autonomia possibile e favorendone la permanenza al proprio domicilio”.*³⁴

Per la consulenza materno-pediatrica, le finalità sono infine ulteriormente precisate nel seguente modo:

*“Promuovere la salute e il benessere del bambino e della famiglia e sostenere eventuali situazioni critiche che coinvolgono l'infanzia in età pre-scolastica. Rassicurare i genitori nella loro funzione educativa e rispetto alla crescita e allo sviluppo del bambino, evitando il ricorso a strutture stazionarie o socio-sanitarie (pronto soccorso, medico, servizio medico-psicologico).”*³⁵

Questi obiettivi sono perseguiti in particolare attraverso la promozione e l'attivazione delle seguenti azioni:

- *“Prevenzione primaria tramite una valutazione e un rilevamento dei bisogni e l'identificazione dei problemi durante la fase pre-natale, affinché sia reso possibile l'intervento immediato per le situazioni a rischio e affinché possa essere pianificata l'attività della fase post-natale*
- *consulenza sociosanitaria (sviluppo fisico, cognitivo, affettivo e sociale) al genitore e al bambino in età pre-scolastica*
- *coordinamento e informazione per favorire ai genitori e alla loro famiglia l'accesso ai servizi sul territorio*
- *offerta o coordinamento di prestazioni di tipo sanitario (lista OAMal), organizzando interventi a domicilio eventualmente anche tramite accordi con le infermiere o le ostetriche indipendenti*
- *promozione della salute presso gruppi a rischio (per es. mamme (ex)tossicodipendenti, donne immigrate, abitanti in quartieri con particolari problemi/strade pericolose,...).”*³⁶

La natura delle azioni offerte dal servizio di consulenza materno-pediatrica dei SACD è dunque poliedrica e difficilmente catalogabile in singoli atti misurabili, se si eccettuano le prestazioni medico-terapeutiche (sanitarie) previste dalla OAMal. Questo fatto può,

³³ DSS/DAS, *Catalogo dei servizi e delle prestazioni – assistenza e cura a domicilio – servizi – servizio di assistenza e cure a domicilio*, IV-B / 1

³⁴ DSS/DSA, *Catalogo dei servizi e delle prestazioni – assistenza e cura a domicilio – prestazioni – cure infermieristiche*, IV-C / 1

³⁵ DSS/DSA, *Catalogo dei servizi e delle prestazioni – assistenza e cura a domicilio – consulenza materno-pediatrica*, IV-C / 1

³⁶ http://www.ti.ch/DSS/DAS/SSEAS/temi/acd/serviziACDicmp/ruolo_inf.htm

almeno in parte, spiegare i problemi di “misurazione” delle prestazioni con i quali si trovano a tutt’oggi confrontati, in misura diversa, i servizi.

In che modo si esplicano le suddette azioni?

Attraverso le seguenti modalità:

- consulenze telefoniche
- consulenze/visite a domicilio
- consulenze in ambulatorio
- interventi sul territorio.

Queste modalità costituiscono l’insieme delle prestazioni delle ICMP e per gli anni in rassegna, ad esclusione degli interventi sul territorio, sono illustrate nelle tabelle annesse (cfr. Allegato A).

In una valutazione dell’efficacia del servizio e necessario considerare anche gli obiettivi, più specifici, definiti nella pianificazione 2000-2003, nell’ambito della sperimentazione (valutazioni intermedie) e nella pianificazione 2005-2009.

2.3.3. Obiettivi definiti dalla pianificazione 2000 - 2003

Il documento pianificatorio prevede, ad indirizzo del servizio di consulenza materno-pediatrica, l’obiettivo “Valorizzazione dell’assistenza alle famiglie e all’infanzia”: in particolare definisce i seguenti obiettivi da perseguire:

- messa a punto di uno strumento di valutazione e di gestione della casistica relativa al settore della maternità e dell’infanzia TI-DOCC-MI, organizzazione di moduli formativi specifici ed implementazione dello stesso (nel 2000 nella regione pilota e nel 2001 negli altri comprensori)
- organizzazione di moduli di aggiornamento *ad hoc* per le ICMP (relativi allo sviluppo cognitivo, affettivo e sociale del bambino e della famiglia e alle possibili offerte esistenti sul territorio al fine di facilitare l’accesso all’utenza)
- definizione del ruolo di ICMP
- sviluppo dell’assistenza e delle cure
- sviluppo dell’intervento a favore delle gestanti (collaborazione con ginecologi e ostetriche) anche attivando altre figure dell’équipe polivalente
- introduzione di nuove collaborazioni con ginecologi, i pediatri e i servizi operativi sul territorio
- elaborazione di linee guida d’intervento coordinate a livello cantonale.

2.3.4 Obiettivi definiti (ribaditi) nelle valutazioni intermedie (sperimentazione)

A seguito del periodo di sperimentazione alcuni obiettivi definiti dalla pianificazione 2000-2003 sono ulteriormente ribaditi, in particolare si raccomanda di:

- *“studiare ed elaborare uno strumento di valutazione e gestione della casistica, accompagnato da un manuale d’uso*
- *definire le linee-guida della professione, riconosciute e coordinate a livello cantonale, per garantire un intervento uniforme dell’ICMP nei diversi comprensori*
- *sviluppare e valutare gli aspetti legati ai programmi di formazione permanente e a quelli di aggiornamento dell’ICMP. In modo più specifico, va anche valutata la*

formazione necessaria per raggiungere un'interazione efficace in seno all'équipe del SACD (valutazione e gestione comune dei casi).³⁷

A questi obiettivi se ne aggiungono altri, in particolare si raccomanda di:

- *“sviluppare un nuovo concetto organizzativo, poiché le strutture attuali non permettono di svolgere a pieno l'attività ambulatoriale, come pure gli incontri di gruppi di genitori secondo un primo approccio alla prevenzione primaria*
- *discutere la possibilità di una collaborazione con la medicina scolastica, alla luce della nuova impostazione del SACD.”³⁸*

2.3.5 Obiettivi definiti dalla pianificazione 2005-2009

Gli obiettivi definiti dal documento pianificatorio 2005-2009 relativi al servizio di consulenza materno-pediatria sono i seguenti:

- *“perseguire e migliorare la collaborazione con i reparti di pediatria degli ospedali e con i pediatri privati*
- *collaborare con l'Ufficio del sostegno a enti e attività per le famiglie e i giovani allestendo dei contratti di prestazione, valutando l'opportunità di integrare la consulenza degli asili nido quale nuova prestazione specifica.”³⁹*

Il primo obiettivo ribadisce un aspetto che lo stesso documento pianificatorio descrive come problematico, quello della collaborazione con i reparti ospedalieri e con i pediatri privati.

In particolare, per quanto attiene ai reparti ospedalieri (in realtà si fa riferimento ai reparti di maternità, non tanto a quelli di pediatria), il problema si pone rispetto all'impossibilità di raggiungere tutta l'utenza attraverso le visite o i contatti che le ICMP intrattengono con i reparti stessi.

Le nostre interviste (cfr. Cap. 3 “L'integrazione delle ICMP nei SACD”) mettono in luce, oltre a questa difficoltà, notevoli differenze nelle modalità e nella frequenza con cui le ICMP mantengono la collaborazione con le maternità.

Per quanto riguarda la collaborazione con i pediatri, le stesse interviste confermano quanto rilevato dal documento pianificatorio: *“... la collaborazione, in particolare con i pediatri, è più o meno buona e più o meno intensa a seconda delle regioni e dei pediatri stessi.”⁴⁰*

2.4 Valutazione degli obiettivi pianificati e della sperimentazione

Con riferimento all'insieme degli obiettivi, e in particolare a quelli previsti dalla pianificazione e dalla sperimentazione, è opportuna una valutazione di efficacia. In effetti se per efficacia s'intende il raggiungimento, attraverso una risposta pertinente, degli obiettivi previsti, una sua valutazione richiede un confronto tra quanto atteso e quanto realizzato.

Si tratta in particolare di considerare il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- a. utilizzare lo strumento di valutazione e gestione della casistica

³⁷ <http://www.ti.ch/DSS/DAS/SSEAS/temi/acd/serviziACDicmp/introduzione.htm>

³⁸ <http://www.ti.ch/DSS/DAS/SSEAS/temi/acd/serviziACDicmp/introduzione.htm>

³⁹ Consiglio di stato – DSS, *Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2005-2009*, Bellinzona, dicembre 2005, pag. 24

⁴⁰ Consiglio di stato – DSS, *Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2005-2009: capitoli riguardanti il tema della consulenza materno-pediatria*, Bellinzona, dicembre 2005, pag. 7

- b. assumere attività di coordinamento, assistenza e cura al bambino
- c. cooperare con altri servizi o attori privati nell'ottica della prevenzione primaria presso le famiglie nella fase pre-natale (collaborazione con ginecologi e ostetriche)
- d. promuovere la salute presso gruppi di genitori / bambini
- e. adottare linee-guida per un intervento uniforme nei diversi servizi
- f. iniziare una riflessione sulla possibile collaborazione con la medicina scolastica
- g. sviluppare programmi di formazione continua per l'aggiornamento.

A questi obiettivi se ne aggiunge un altro che ha sollevato inizialmente presso i SADC alcuni dubbi ed interrogativi:

- h. offrire consulenza agli asili nido.

In alcuni, casi gli obiettivi fissati dal Cantone sono stati ritenuti troppo ambiziosi soprattutto in contrasto con le risorse messe a disposizione; più persone intervistate fanno notare lo scollamento tra obiettivi, eventualmente elaborati solo concettualmente, e realtà professionale.

Di seguito si riprende la valutazione dei singoli obiettivi, basata in buona parte sulle interviste e sull'inchiesta effettuate.

Utilizzare lo strumento di valutazione e gestione della casistica

“Nell’ambito dei lavori di sperimentazione, e rispetto all’obiettivo prioritario della pianificazione dell’assistenza e cura a domicilio “valorizzazione dell’assistenza alle famiglie e all’infanzia” indicato dal Consiglio di stato del Canton Ticino, un gruppo di esperti si è chinato sulla definizione del nuovo ruolo dell’ICMP, come pure sulla messa a punto di uno strumento di valutazione e di gestione della casistica relativa al settore della maternità e dell’infanzia.”⁴¹

Al progetto ha partecipato una rappresentanza di ICMP. Per tale strumento di valutazione erano previste le tappe della sperimentazione, introduzione operativa e valutazione a livello dei SADC.

Lo strumento TI-DOCC-MI proposto ad utilizzo del servizio di consulenza materno-pediatrica, serve a registrare in modo organico le numerose informazioni che le ICMP giornalmente raccolgono ed analizzano, e che permettono loro di pianificare il proprio intervento presso l'utente. Sicuramente laborioso se si tratta di registrare una consulenza telefonica isolata, ma sicuramente opportuno per la valutazione e la gestione dell'utenza "più consistente".

Lo strumento, pur essendo stato riconosciuto come valido, non è stato implementato nemmeno laddove è stato sperimentato, mentre la formazione prevista e l'eventuale diffusione non hanno raggiunto il Sopraceneri.

Per finire, gli atteggiamenti nei confronti dello strumento si sono manifestati in modo differenziato: qualcuno ha tentato un ridimensionamento dello strumento perché ritenuto troppo complicato, mentre altri si sono dimostrati in generale poco propensi ad utilizzarlo.

Una cartella dell'utenza informatizzata è stata adattata ed è ora utilizzata in particolare da SCuDo.

Finché non ci sarà un simile strumento, utilizzato secondo modalità comuni e concordate tra tutti i servizi, sarà difficile procedere ad una vera e propria valutazione d'efficacia delle prestazioni, come sarebbe opportuno.

⁴¹ <http://www.ti.ch/DSS/DAS/SSEAS/temi/acd/PDF/docACD/TI-DOCC-MI-vers1.0-30.01.pdf>

Assumere attività di coordinamento, assistenza e cura al bambino

La questione della possibilità da parte delle ICMP di coordinare ed erogare, oltre alle prestazioni specifiche della prevenzione e della consulenza, anche quelle di cura ai bambini ammalati che restano a domicilio, è oggetto di discussioni e visioni contrapposte non solo tra il settore amministrativo-gestionale e le ICMP, ma tra le stesse ICMP, soprattutto in alcuni servizi.

L'approccio alla problematica non può fare astrazione dalla considerazione di più fattori; tra i principali si evidenziano i seguenti aspetti:

- storico
- culturale - professionale
- generazionale
- organizzativo
- casistica dell'utenza
- offerta globale presente sul territorio
- finanziamento.

Aspetto storico

È importante rilevare che per decenni e sino all'entrata in vigore della LACD, le ICMP si sono occupate esclusivamente di attività di prevenzione e di consulenza alle mamme. Le loro attività si sono nel tempo consolidate e sviluppate essenzialmente in questo specifico settore. Quale fattore chiave di questa evoluzione vi è certamente il cambiamento della struttura familiare e sociale nel contesto cantonale, che ha progressivamente reso più stretto il campo d'azione tradizionale delle operatrici.

Aspetto culturale – professionale

Quale conseguenza logica dell'evoluzione storica appena richiamata, si evidenzia che le operatrici attive da anni in questo settore hanno sviluppato un'esperienza e delle competenze professionali specifiche alla prevenzione e alla consulenza. Sebbene la loro formazione professionale di base avesse previsto anche (se non prevalentemente) le cure dei bambini, il fatto di non essersi più occupate direttamente di questo aspetto ha fatto perdere conoscenze e competenze specifiche.

Altro aspetto importante emerso nel corso degli incontri con le operatrici riguarda la differenza di approccio "concettuale" tra il ruolo di cura e quello di consulenza. Secondo le argomentazioni di alcune ICMP queste due attività sarebbero concettualmente poco compatibili; da una parte l'attività di consulenza richiederebbe un approccio basato sulla positività, sul miglioramento della qualità di vita, sul rapporto di fiducia tra l'infermiera e la mamma ed il bambino; mentre dall'altra alcune attività di cura comporterebbero anche delle sofferenze del bambino (e indirettamente anche della mamma), fatto che altererebbe il rapporto "fiduciario" stabilito nel corso della consulenza.

Può essere importante segnalare come questa visione non sia oggetto di un consenso unanime all'interno delle ICMP del Cantone. Per alcune di esse infatti occuparsi anche della cura del bambino ammalato non incide sulla relazione *mamma-bambino-infermiera* ed inoltre permetterebbe a questa ultima di mantenere aggiornate le conoscenze e le competenze acquisite nel corso della sua formazione, così come di differenziare la tipologia del lavoro svolto. In relazione alle motivazioni addotte da coloro che identificano un'incompatibilità fra le attività di consulenza e le cure, si può affermare che l'obiettivo dell'assistenza infermieristica è di ridurre la sofferenza, indipendentemente dal tipo d'intervento (consulenza o cure), e che positività e fiducia fra operatore e famiglia sono di

vitale importanza anche quando ad essere erogate sono le cure. Inoltre, le cure difficilmente modificherebbero l'eventuale rapporto stabilito durante la consulenza: risulta infatti poco probabile che ad una famiglia seguita dalla consulenza (utenza solitamente sana) siano pure erogate delle cure.

A nostra conoscenza non esistono riferimenti bibliografici e concettuali che sostengano un' incompatibilità tra il ruolo di consulenza e quello di cura, per contro ve ne sono che sottolineano la multicompetenza e l'assunzione di differenti funzioni da parte dell'infermiera.⁴²

Per qualsiasi intervento infermieristico, sia esso di prevenzione/promozione o tecnico, la relazione terapeutica è di primordiale importanza e getta le basi per la riuscita dell'intervento stesso: è compito dell'infermiera utilizzare tutti i dati e tutte le risorse a sua disposizione al fine di dare inizio ad una relazione significativa e di sostenerla a livelli altamente professionali a favore del raggiungimento degli obiettivi terapeutici. L'evento malattia spesso porta con sé sentimenti quali paura, senso di colpa e d'inadeguatezza, collera,... le stesse ed altre emozioni possono esistere anche presso i curanti: in questi termini potrebbe essere difficile l'inizio di una relazione terapeutica. Forse, ma solo forse, può risultare più semplice portare avanti una relazione terapeutica iniziata nell'ambito della consulenza. Di sicuro anche nell'ambito dell'assistenza e delle cure, qualsiasi sia la sofferenza del bambino e della famiglia, si possono costruire relazioni professionali di alta qualità. Una prestazione tecnica potrebbe causare dolore, il bambino forse potrebbe arrabbiarsi con l'infermiera: a volte per fare del bene si deve fare del male, è la situazione a cui sono confrontati quotidianamente tutti gli infermieri che operano in istituti di cura. È certo inoltre che il contesto familiare facilita il recupero veloce di un eventuale disagio.

La consapevolezza del valore che ha per il bambino e la sua famiglia il poter rimanere nella propria casa, prevale su qualsiasi difficoltà ci possa essere nel curare a domicilio. In questo senso ricordiamo che la Svizzera, attraverso la *Swiss Association for Children in Hospital*, è firmataria della "Carta per i bambini in ospedale" che, riconoscendo l'importanza per il bambino di rimanere con la famiglia e fra le proprie mura domestiche, all'articolo 1 recita:

"I bambini devono essere ricoverati in ospedale soltanto se l'assistenza di cui hanno bisogno non può essere fornita altrettanto bene a casa o in regime ambulatoriale".⁴³

Aspetto generazionale

Dagli incontri effettuati presso i SACD si evidenzia la presenza di un numero abbastanza consistente di ICMP di una certa anzianità di servizio, per le quali risulta difficile affrontare un cambiamento significativo come quello che sarebbe loro richiesto per occuparsi, dopo tanti anni, di quelle attività per le quali hanno perso le specifiche competenze. Pur comprendendo la razionalità (e l'emotività...) legata ad alcune resistenze, questo aspetto può rivelarsi un ostacolo non indifferente nella gestione del cambiamento.

Questo aspetto, non marginale, ha indotto alcune direzioni dei SACD ad orientarsi direttamente ad infermiere pediatriche integrandole nelle équipes di cura piuttosto che all'interno delle ICMP, oppure ancora a personale senza formazione specifica da utilizzare nella cura e assistenza di utenza pediatrica. L'investimento che sarebbe necessario per aggiornare le conoscenze e le competenze delle ICMP è ritenuto troppo oneroso, in termini di costo ma anche di investimento personale e di relazione all'interno della struttura.

⁴² Definizione dell'infermiera del CII, 5 funzioni dell'infermiera della CRS.

⁴³ EACH, *Carta dei diritti del bambino in ospedale*, 1° Convegno europeo, Leida, Olanda, maggio 1988

Aspetto organizzativo

Una delle peculiarità della presa a carico delle cure ai bambini è data dalla necessità di garantire la continuità delle cure per tutto il tempo necessario al raggiungimento degli obiettivi. Frequentemente le cure devono essere garantite anche durante i giorni festivi oppure al di fuori degli abituali orari lavorativi delle ICMP (che non lavorano durante i fine settimana e i giorni festivi). Questo aspetto viene evidenziato da parte delle capo équipe come un ostacolo al ricorso alle ICMP (per rispondere ai bisogni dovrebbero far ricorso comunque ad altro personale infermieristico del servizio). Inoltre l'assunzione delle cure, in particolare in certe situazioni, implicherebbe l'abbandono temporaneo delle attività di consulenza (mancanza di risorse) pianificate accumulando quindi ritardi ed attese poco piacevoli per mamme e bambini.

Rispetto all'utilizzo efficace delle competenze professionali si evidenzia come vi siano servizi che ricorrono anche a personale senza particolare preparazione in area materno-pediatria (attingono personale perfino al di fuori dei SACD) per prestare le cure: questo poiché le ICMP o non sono disposte ad assumerle o non si sentono competenti per farlo, oppure semplicemente per garantire la continuità delle cure durante *week-end* e festivi.

Casistica dell'utenza

In tutti i servizi si segnalano pochi casi di cure ai bambini effettuate a domicilio. Ciò implica una riflessione più approfondita ed un esame più dettagliato sulla definizione delle caratteristiche dell'utenza, che come si è visto nel Cap. 1, si suddivide sommariamente in utenza "di routine" e in utenza con richieste specifiche ed eventualmente complesse ed impegnative. La scarsa casistica specifica implica anche una debole possibilità, per le ICMP, di mantenere aggiornate le loro competenze specialistiche, elemento questo che andrebbe a scapito della qualità delle cure erogate.

Offerta globale del territorio

La densità di studi medici pediatrici, l'offerta di reparti di pediatra presso tutti gli ospedali regionali dell'EOC e il numero di levatrici-ostetriche rendono particolarmente alta e differenziata l'offerta e di conseguenza anche la concorrenza nella presa a carico delle cure dei bambini. I dati sull'evoluzione degli operatori negli ultimi anni attestano l'aumento di tale concorrenza:

Tabella 7: Evoluzione medici pediatri e levatrici/ostetriche al beneficio dell'autorizzazione cantonale, 1996-2005. Fonte: Sezione sanitaria

Evoluzione medici pediatri e levatrici/ostetriche al beneficio dell'autorizzazione cantonale, 1996-2005										
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
medici pediatri	27	28	30	31	33	38	44	45	47	48
levatrici/ostetriche	37	38	42	44	47	49	52	52	53	55

L'aumento del numero di pediatri e di levatrici/ostetriche è stato indubbiamente considerevole, soprattutto se confrontato con l'evoluzione delle ICMP dei CPMP e dei SACD, passati da 8.42 unità a tempo pieno nel 1994 a 11.3 unità nel 2006. In una prima approssimazione si potrebbe dedurre che le ICMP siano oggi meno necessarie rispetto a ieri. Questa conclusione sarebbe a nostro avviso eccessiva e discutibile.

Pediatri e levatrici/ostetriche hanno profili professionali ben precisi e le loro competenze ed attività non possono essere semplicemente confuse con quelle delle ICMP, che a diverso titolo rispondono ad esigenze e bisogni analoghi ma diversi (cfr. Cap. 1), ai quali i primi possono contribuire a rispondere ma non incompleto. Che le ICMP debbano

considerare la maggior presenza e disponibilità sul territorio di altri operatori, anch'essi attivi e rivolti alla stessa utenza, è indubbio e auspicabile, come si dirà anche in seguito.

Tuttavia, occorre chiarire il fatto che anche gli altri operatori non devono assumere, eventualmente in modo improprio, compiti ed attività che le ICMP sono deputate a svolgere e ad offrire nel migliore dei modi. Si allude qui a quella "zona grigia" tra le attività dei pediatri e delle levatrici/ostetriche da un lato e quelle delle ICMP dall'altro.

Va detto infine che anche dal profilo quantitativo non sono certo le esigue unità di ICMP che possono in qualche modo "distrurbare" gli altri operatori. Semmai, potrebbe essere il contrario.

Finanziamento

Un elemento emerso nel corso dei colloqui è dato dalla definizione delle tariffe da applicare per le cure a domicilio dei bambini. A tutt'oggi le tariffe concordate con gli assicuratori malattia non prevedono una differenziazione tra cure all'adulto e cure al bambino. Il costo della cura è determinato sulla base della definizione del tempo medio impiegato per una determinata prestazione e questi parametri sono calcolati sulla base di prestazioni erogate a persone adulte.

Il direttore di un SACD fa notare che, a parità di prestazione tecnica (es. posa di un catetere vescicale) effettuata ad un adulto oppure ad un bambino, il tempo necessario risulta più elevato nel bambino: nel caso in cui in futuro si prevedesse di aumentare il numero di prestazioni tecniche ai bambini sarà necessario ridefinire o affinare maggiormente i criteri che stabiliscono il costo della prestazione stessa.

Riteniamo questa riflessione meritevole di rilievo. A parità di prestazione, il tempo necessario all'esecuzione si modifica in relazione alla fascia d'età: un'iniezione ad un neonato, ad un bambino, o ad un adulto prevede tempi differenti, non fosse altro che per guadagnarsi la "collaborazione" dell'utente, aspetto tutt'altro che irrilevante soprattutto in questo contesto. In linea di massima si può affermare che è opportuno prevedere tempi maggiorati rispetto all'adulto quando si erogano prestazioni "invasive" ai bambini, ricordando che per questi ultimi invasivo è tutto ciò che è risentito come minaccioso.

Anche se distanti, le esperienze professionali delle ICMP prima di entrare in attività ai SACD (ma anche prima ai CPMP) sono prevalentemente ospedaliere (reparti di maternità e pediatria) quindi anche di cura: se si comprende la difficoltà ad assumere nuovamente queste attività da parte di chi da tanto tempo è fuori dalle cure, mal si comprende una tale (per alcune ICMP) contrarietà a considerarle parte del proprio mandato.

Consulenza e cure sono realmente inconciliabili? Si tratta veramente di due ruoli distinti? Consulenza e assistenza non sono forse parti integranti di uno stesso ruolo, quello dell'infermiera specialista dell'area materno-pediatria? Sarebbe opportuno che dal profilo finanziario si tenesse conto delle differenze dell'utenza pediatrica rispetto a quella adulta.

Cooperare con altri servizi o attori privati nell'ottica della prevenzione primaria presso le famiglie nella fase pre-natale (collaborazione con ginecologi e ostetriche)

La consulenza non è offerta nella fase pre-natale, non si registrano in assoluto collaborazioni con i ginecologi; i contatti con le ostetriche sul territorio avvengono in occasione del passaggio di consegna al termine dei tempi previsti per l'intervento della levatrice e quindi nel periodo post-natale. L'intensità di tali collaborazioni è diversa da un servizio all'altro. Non sembra esserci una vera e propria strategia tesa a questo obiettivo.

Promuovere la salute presso gruppi di genitori / bambini

Rispetto a questo tipo di prestazioni si può affermare che:

- in generale i bambini con oltre un anno di età sono raramente raggiunti, non solo dalle cure, ma anche dalla consulenza (cfr. Cap. 1 e ALLEGATO A): ciò sembra imputabile alla mancanza di risorse, ma anche alla presenza di altri professionisti sul territorio, in particolare dei pediatri;
- la collaborazione, in particolare con i pediatri privati, è molto eterogenea e differente da regione a regione e da pediatra a pediatra (vedi capitolo 3 “Integrazione delle ICMP nei SACD”);
- attualmente le attività che si rivolgono alla popolazione o a gruppi a rischio sono limitate e non sono promosse da tutti i SACD; nonostante ciò si registra l’interesse condiviso da più parti ad incrementare le attività “inerenti” alla consulenza (un solo servizio si ritiene completamente estraneo a questo mandato).

Qui di seguito si riportano alcuni esempi di attività che gli intervistati propongono di assumere:

- corsi / incontri, iniziative a favore dei genitori (si registrano alcune esperienze positive presso i SACD Mendrisiotto e Basso Ceresio, presso MAGGIO, e altre non riuscite a SCuDo e ALVAD per mancanza di partecipazione da parte della popolazione interessata)
- “scuola per i genitori” con la partecipazione di professionisti attorno a temi d’interesse specifico
- accompagnamento in caso di crisi o di lutto
- servizio trasporti a favore dell’integrazione o per raggiungere determinati servizi
- consulenza via posta elettronica
- divulgazione della propria offerta
- attività di ricerca (per es. rilevazione dei bisogni del padre)
- educazione sanitaria a scuola
- consulenza agli asili nido.

Le proposte per nuove attività assumibili vanno nell’ottica del mandato di prestazione, tuttavia, da più parti si ribadisce che l’acquisizione di nuove attività è possibile solo se saranno assegnate risorse adeguate.

Vale la pena di prestare attenzione a quelle “nuove” attività che sono assumibili anche da volontari e non necessariamente da professionisti specializzati (per esempio attività di trasporto). La promozione del volontariato resta comunque, come noto, un altro importante obiettivo della LACD.

Adottare linee-guida per un intervento uniforme nei diversi servizi

Sono stati approvati la descrizione del ruolo, della funzione e del mansionario, come anche dei processi di consultazione telefonica e ambulatoriale, e di prima visita a domicilio.⁴⁴

Non è invece stato elaborato un concetto d’intervento delle ICMP condiviso dai differenti servizi che interpretano il mandato di prestazioni in modo non uniforme.

⁴⁴ cfr. http://www.ti.ch/DSS/DAS/SSEAS/temi/acd/serviziACDicmp/lavoro_interdiscip_cons_telef.htm
http://www.ti.ch/DSS/DAS/SSEAS/temi/acd/serviziACDicmp/lavoro_interdiscip_1_visita.htm
http://www.ti.ch/DSS/DAS/SSEAS/temi/acd/serviziACDicmp/lavoro_interdiscip_cons_ambul.htm

Le comunicazioni tra équipe pediatriche sono rare, informali e spesso basate su buoni rapporti fra colleghe; anche le differenti collaborazioni sono piuttosto informali, non esistono procedure formalizzate e linee guida d'intervento condivise a livello cantonale.

È opinione di un direttore che ogni équipe ICMP lavora secondo un proprio modello più o meno implicito di organizzazione e di offerta, creando così confusione nella popolazione, la quale fatica a riconoscere l'identità professionale delle ICMP (le ICMP sono a volte denominate "ostetriche", altre volte è richiesta loro la stesura di ricette per dei farmaci, ...).

Nell'ambito delle iniziative dei singoli servizi di consulenza materno-pediatrica si registra un progetto di sviluppo di linee guida per il lavoro interdisciplinare dell'ICMP: tale progetto, lavoro di fine formazione WE'G – Höheres Fachdiplom Mütter-Väterberatung di una ICMP, si rifà al concetto del cosiddetto *case-management*, di cui si dirà ancora in seguito.⁴⁵

Questa ci pare un'ottima iniziativa, anche da estendere agli altri servizi, a favore della condivisione a livello cantonale di linee guida per le differenti attività dei servizi.

Iniziare una riflessione sulla possibile collaborazione con la medicina scolastica

Si segnala attualmente una sola iniziativa di collaborazione ad un progetto d'informazione scolastica a Giubiasco.⁴⁶

L'Ufficio del medico cantonale ha elaborato un concetto di medicina scolastica nel quale ci sarebbe spazio per l'individuazione di possibili collaborazioni. Nel documento dell'Ufficio del medico cantonale *Promozione della salute nella scuola elementare ticinese: ruolo del medico scolastico*, si afferma tra l'altro quanto segue:

*"...il ruolo del medico scolastico dovrebbe essere soprattutto quello di partecipare, insieme ad altri attori e secondo l'ottica interdisciplinare, ad intervento formativo sui docenti e genitori (ed eventualmente anche sui bambini). Diversi attori considerano inoltre che il ruolo del medico scolastico debba anche essere quello di coordinare gli interventi dei diversi servizi e le azioni realizzate da altri attori nell'ambito della promozione della salute nella scuola. Una maggior collaborazione con gli attori della scuola (per una definizione di un programma di promozione della salute nelle sedi scolastiche) e con gli attori dei servizi appare necessaria."*⁴⁷

Inoltre, nel documento *Le médecin scolaire en question: quel devrait être son rôle dans les dispositifs de santé scolaire ?*, in relazione al programma di salute scolastica in Ticino, si afferma che :

*"Il est possible à l'avenir que les autorités cantonales se penchent à nouveau sur l'opportunité d'étoffer les activités de santé scolaire plus strictement sanitaire, et qu'elles se posent la question de la création de postes d'infirmières scolaires, comme l'a récemment fait le canton du Jura."*⁴⁸

Queste indicazioni, per ora, non hanno trovato un riscontro effettivo.

Sviluppare programmi di formazione continua per l'aggiornamento

⁴⁵ Susanna Valsangiacomo, *Linee guida per il lavoro interdisciplinare dell'infermiera consulente materna e pediatrica*, lavoro di progetto WE'G Höheres Fachdiplom Mütter-Väterberatung, Agno, marzo 2005

⁴⁶ Tra l'altro, diciamo, "fuori zona" visto che ad esservi impegnata è una persona del SACD di Lugano che, oltretutto, attinge in modo importante dal proprio tempo libero.

⁴⁷ DSS, Ufficio del medico cantonale, *Promozione della salute nella scuola elementare ticinese: ruolo del medico scolastico*, giugno 2003, pag. 83.

⁴⁸ Hospice/CHUV, DSC Lausanne, IUMPS Lausanne, *Le médecin scolaire en question: quel devrait être son rôle dans les dispositifs de santé scolaire ?*, Lausanne, 2003, p. 50.

Nelle interviste non si trova traccia di questo argomento anche se da più parti sono identificati bisogni formativi di differente tipo (cfr. Cap. 3 “Aspetti formativi del servizio di consulenza materno pediatrica”).

In questi ultimi anni si devono però registrare almeno tre iniziative formative importanti all'indirizzo delle ICMP:

- nell'ambito della sperimentazione, per l'implementazione dello strumento di valutazione e gestione della casistica TI-DOCC-MI. I moduli formativi specifici sono stati offerti ai SACD Mendrisiotto e Basso Ceresio, ScuDo e MAGGIO;
- su iniziativa del DSS, il corso “Prevenzione dei disturbi post-parto” nell'ambito della prevenzione del suicidio, organizzato e prodotto dalla SSFS di Stabio. Nonostante il corso sia stato “ideato” ad indirizzo delle ICMP (aperto poi ad altri professionisti interessati), dopo due corsi si registra la partecipazione di solo 4 ICMP (ScuDo e SACD Mendrisiotto e Basso Ceresio); alla riflessione che ha preceduto tale corso hanno partecipato due ICMP
- su iniziativa dei SACD, il corso “Comunicazione secondo Gordon” che ha riscosso una buona adesione anche da parte delle ICMP.

Si riprenderà questo aspetto nel Cap. 3.

Offrire consulenza agli asili nido

Questo obiettivo è da iscriversi fra le iniziative a sostegno della nuova Legge sul sostegno alle attività delle famiglie e di protezione dei minorenni, del 15 settembre 2003, la quale mira a rispondere concretamente ai bisogni delle famiglie.

“Gli obiettivi della legge sono:

- *il benessere delle famiglie e dell'infanzia*
- *il recupero progressivo delle competenze familiari e delle relazioni fra genitori e figli, laddove si avverte un disagio o è minacciato lo sviluppo fisico, psichico o sociale del minorenne*
- *il coordinamento delle risorse sul territorio e l'uso razionale ed equo dei mezzi finanziari dell'ente pubblico”.*⁴⁹

In questo senso il servizio di consulenza materno–pediatrica, attraverso le attività delle ICMP, è considerato, fra le risorse territoriali, un possibile contributo al raggiungimento degli obiettivi.

Il mandato ribadisce il carattere di consulenza dell'intervento delle ICMP; va da sé che, qualora le ICMP si confrontassero con situazioni per qualche verso problematiche, dovrebbero segnalarle alle opportune istanze, come farebbero per qualsiasi altra situazione analoga riscontrata nell'ambito della loro abituale attività lavorativa.

Un gruppo di lavoro formato da ICMP ha elaborato - quale descrizione delle possibili attività di collaborazione con gli asili nido - un “passaporto del bambino” che sintetizza gli ambiti d'intervento che potrebbero essere opportuni per il tipo d'utenza specifico.

Da più parti, quanto espresso dagli intervistati, evidenzia che tale mandato non è stato inizialmente percepito in modo chiaro per chi lo doveva assumere e che esiste una preoccupazione sull'incompatibilità fra il ruolo di consulenza/prevenzione e quello di vigilanza.

Le posizioni all'interno dei SACD del Cantone si sono rivelate divergenti, in particolare tra coloro che sostengono che sia opportuno procedere ad una sperimentazione di questa esperienza cercando di cogliere gli aspetti positivi e le potenzialità di sviluppo del ruolo delle ICMP (questa posizione è maggiormente presente nei Direttori e nelle capo équipe

⁴⁹ http://www.ti.ch/dss/temi/politica_familiare/legge.htm#Gli%20obiettivi

dei SACD rispetto alle ICMP). Dall'altra parte, un gruppo di ICMP ritiene difficilmente compatibile il ruolo di consulenza/prevenzione con quello di vigilanza.

Il tema dell'incompatibilità fra ruolo di consulenza/prevenzione e ruolo di vigilanza è molto presente in merito alla tematica relativa alla presenza delle ICMP negli asilo nido ma anche in relazione a situazioni di consulenza/controllo presso utenti in condizioni sociali molto compromesse (tossicodipendenza, conflitti famigliari, ...) (cfr. Cap. 4 "L'integrazione delle ICMP nei SACD", tabella 9)

Si reputa opportuna la riflessione emersa dalle interviste delle ICMP, nel senso che il ruolo di curante non è in sé quello di vigilanza/controllo: anzi quest'ultimo potrebbe interferire negativamente sulle prestazioni infermieristiche. Le ICMP sono senza dubbio capaci di valutare dal punto di vista socio-sanitario una situazione anche complessa, ma per principio con l'unico scopo di stabilire un progetto terapeutico.

Se lo scopo previsto da questo mandato non è questo, non dovrebbero essere per principio né i SACD né i servizi di consulenza materno-pediatria ad avere le prerogative per rispondervi.

Dalle interviste peraltro non è chiaro se la consulenza è da intendersi nei confronti dell'utenza degli asili nido, degli istituti stessi o di entrambi. Questo non è certo un dettaglio da sottovalutare visto che offrire prevenzione e promozione nelle famiglie non è per nulla analogo a offrire consulenza a professionisti o ad enti: le competenze da mobilitare nelle due attività sono differenti. C'è infine da chiedersi se il servizio non debba essere precisato quale prestazione e conseguentemente essere remunerato. Quali sono i bisogni degli asili nido? Le ICMP sono le figure opportune per rispondere a questi bisogni? Ad alcuni sembrerebbe di sì; per altri, invece, non sarebbe opportuno assumere (anche) questo compito.

Le difficoltà d'interpretazione del mandato, potrebbero essere un ostacolo all'adesione piena a quest'iniziativa. Considerato che questa esperienza è in atto, e sono previsti tempi di sperimentazione e una valutazione a fine 2006, è opportuno attenderne l'esito.

2.5 Difficoltà di misurazione dell'efficacia

Come anticipato, risulta particolarmente difficile valutare l'efficacia delle azioni delle ICMP sulla base dei dati a disposizione.

Tali difficoltà sono da attribuirsi ai seguenti aspetti:

- le cartelle cliniche che riportano i dati rilevati durante le consultazioni e le informazioni utili al caso sono in forma cartacea (eccetto a SCuDo). La loro consultazione ed utilizzo a fini conoscitivi e statistici risulta quindi difficile
- il tentativo d'informatizzare la cartella ha incontrato le resistenze delle ICMP che la ritengono troppo complessa, in particolare in merito ai casi di consulenza telefonica, si lamentano per il troppo tempo necessario alla loro compilazione e per l'aumento in genere della burocrazia
- i tempi delle attività dirette, indirette, amministrative e altro, possono essere quantificati attraverso il "barman"; il dettaglio delle prestazioni però non è possibile; si osserva che le prestazioni indirette, in particolare quelle per la "gestione del caso" e quelle "amministrative", hanno assunto un peso non indifferente, ancorché necessarie, rispetto al totale delle prestazioni (cfr. al riguardo i dati concernenti la statistica per gruppi di prestazione di alcuni SACD, riportati nell'ALLEGATO A)
- segnalazioni, collaborazioni, contatti, ... non sono formalizzati, non c'è modo di verificare quali servizi e professionisti siano stati contattati, quante volte, per quali motivi, ... se ne dovrebbe trovar traccia solo nelle cartelle

- in generale non c'è disponibilità ad aumentare il numero e la modalità delle registrazioni, non si ritiene necessario rilevare ulteriori dati.

Bisogna anche rilevare come una parte dei direttori dei SACD abbia sottolineato come da parte del Cantone non ci siano state indicazioni precise sui dati da raccogliere; uno di questi auspica che i dati siano quantitativi e qualitativi; un altro afferma che non esiste nessun incentivo ad approfondire l'aspetto della raccolta dei dati.

2.6 Risultati percepiti

2.6.1 Percezione soggettiva dei risultati

Un modo indiretto per cercare di valutare l'efficacia degli interventi del servizio è costituito dall'analisi dei risultati secondo la percezione di chi opera nei SACD (direttori, capi équipes e ICMP). La traccia delle trascrizioni delle interviste è riportata nell'ALLEGATO B; qui si riprendono le principali considerazioni emerse.

Ovviamente la percezione soggettiva degli "operatori" deve essere considerata con cautela: trattasi perlopiù di un'autovalutazione. Essa non è tuttavia priva di significato e riflette senza ombra di dubbio il "clima" e la "cultura" istituzionale ed operativa.

Tali percezioni di risultato sono ordinate con riferimento alla totalità degli obiettivi da perseguire, che si riepilogano di seguito:

- offrire consulenza sociosanitaria (sviluppo fisico, cognitivo, affettivo e sociale) al genitore e al bambino in età pre-scolastica
- stimolare la massima autonomia delle famiglie favorendo la permanenza a domicilio ed evitando il ricorso a strutture stazionarie o sociosanitarie
- coordinare e garantire l'accesso ai servizi sul territorio alle famiglie
- assumere attività di coordinamento, assistenza e cura al bambino
- cooperare con altri servizi o attori nell'ottica della prevenzione nella fase pre-natale
- promuovere la salute presso gruppi di genitori/bambini
- iniziare una riflessione sulla possibile collaborazione con la medicina scolastica
- utilizzare lo strumento di valutazione e gestione della casistica
- adottare linee-guida per un intervento uniforme nei diversi servizi
- sviluppare programmi di formazione continua per l'aggiornamento

Per alcune percezioni vi è stato un tentativo di qualificarle attraverso un aggettivo, una nota (scala di valore da 0 a 10) o una quantificazione; essendo accostate e presentate nella loro totalità, non deve quindi sorprendere l'eterogeneità che le caratterizza.

Offrire consulenza sociosanitaria (sviluppo fisico, cognitivo, affettivo e sociale) al genitore e al bambino in età pre-scolastica

In sintesi si rilevano i seguenti aspetti:

- percezione dell'efficacia della consulenza e della prevenzione: note 7 – 8; 8; 8 – 10; 9; 10; buono; impatto sulla qualità della vita buono
- importante ruolo sociale delle ICMP, rassicuranti, punto di riferimento, ascolto e sostegno psicologico, risposta alle mamme sempre meno preparate all'uscita dalle maternità a gestire autonomamente la nuova situazione familiare
- osservatorio privilegiato per le problematiche famigliari e sociali
- risoluzione di alcune situazioni problematiche
- assenza di reclami sulle prestazioni offerte dalle ICMP

- rispetto degli appuntamenti: le famiglie non mancano agli appuntamenti; nessuno o rarissimi casi di non rispetto
- offerta piuttosto reattiva, manca una vera e propria definizione delle caratteristiche della domanda
- difficoltà a prendere a carico le famiglie di altra cultura
- messaggi di prevenzione fanno fatica a passare
- poca capacità da parte delle ICMP di entrare in empatia con le famiglie: nota 3
- nessuna prestazione impropria.

Stimolare la massima autonomia delle famiglie favorendo la permanenza a domicilio ed evitando il ricorso a strutture stazionarie o sociosanitarie

Sono evidenziati i seguenti aspetti:

- consulenze telefoniche a volte evitano la visita a domicilio o in ambulatorio
- consulenze telefoniche e visite a volte evitano il ricorso al medico o al PS
- diminuzione dell'autonomia presso alcuni genitori che trovano nel servizio una facile risposta ai propri interrogativi senza nessuno sforzo di ricerca autonoma
- difficoltà di alcune famiglie ad interrompere la relazione con il consultorio
- gratuità genera abuso nell'offerta di prestazioni.

Se stiamo ai risultati percepiti dagli operatori, le finalità del servizio definite dal “Catalogo dei servizi e delle prestazioni”⁵⁰ sembrerebbero essere state in buona parte raggiunte: la percezione dell'efficacia della consulenza è buona, come pure la funzione rassicurante, quale punto di riferimento di ascolto e sostegno ai problemi dei bambini ma anche della famiglia. Inoltre, le ICMP non hanno l'impressione di aver assunto prestazioni improprie o di aver invaso il campo di competenza di altri operatori sanitari. Sembrerebbe anche pacifico che, in caso di necessità, qualora i bisogni fossero diversi o maggiori, rispetto a quelli menzionati, si attiverebbero altre risorse: quelle che, per finalità, come il pronto soccorso, il medico o i SMP, non dovrebbero essere impropriamente attivate se non in casi giustificati. L'azione delle ICMP dei SACD riesce effettivamente ad evitare tali ricorsi “impropri”? Difficile dirlo, anche se si hanno indicazioni positive in tal senso. Precisarne l'entità resta praticamente impossibile. D'altra parte le ICMP non sono le sole operatrici che possono incidere o condizionare le scelte delle famiglie.

Certo è che molti neonati di un comprensorio entrano in contatto con le ICMP (cfr. allegato A): si direbbe che, nel perseguire le finalità sopra richiamate, esse riescano effettivamente anche a “filtrare” il ricorso a strutture e servizi sociosanitari più onerosi se ciò non risultasse necessario.

Dai punti menzionati emerge una “sintesi” interessante, quanto incerta riguardo alla qualità percepita del servizio da parte degli operatori. L'abbinamento di valutazioni assolutamente positive riguardo alla propria azione con il rilievo puntuale di difficoltà può essere a nostro giudizio interpretato come “cartina di tornasole” del *modus operandi* dei servizi, dove l'agire soggettivo teso alla volontà di dare e fare del proprio meglio si scontra con la mancanza di adeguati quadri di riferimento.

⁵⁰ cfr. *Catalogo dei servizi e delle prestazioni – assistenza e cura a domicilio – consulenza materno-pediatria*, IV-C / 1

Coordinare e garantire l'accesso ai servizi alle famiglie sul territorio

Si evidenziano i seguenti elementi:

- poca capacità di entrare in empatia con il resto dell'équipe del SACD
- capacità organizzativa delle ICMP: poca; si gestiscono autonomamente ed individualmente
- contatti fra équipe di altri SACD: scarsi; quelli presenti sono dettati dalla presenza o meno di buoni rapporti tra colleghe
- collaborazione con i differenti partner: note 8; 9; 9 – 10; buona
- collaborazione con SMP, Pro Juventute, CRS Baby Help, assistenti sociali e servizi di supporto: nota 8
- collaborazione con ostetriche collaudata; la continuità delle cure è garantita dal passaggio d'informazioni; difficile collaborazione: nota 3; poco scambio: nota 3
- collaborazione con i pediatri: buona; ca. 10% dei casi gestiti in comune; con alcuni ottima con altri nessuna; cattiva; molta variabilità in funzione delle relazioni interpersonali tra ICMP e pediatra
- collaborazione con l'OCL (ora) protocollata
- collaborazione con Tutoria soprattutto per i casi sociali: difficile
- assenza di coordinazione all'interno della rete (chi fa cosa, quando, in che modo, e con quali competenze)
- pediatri che offrono loro stessi consulenza o assumono per questo compito del personale proprio
- visite nelle maternità: non sono più eseguite; attività regolare di presentazione del servizio; partecipazione a riunioni di reparto; colloqui con i responsabili dei reparti
- segnalazioni dai reparti di maternità e pediatria: in vista del rientro a domicilio per inizio della consulenza (in genere in relazione alla prematurità, raramente in caso di tossicodipendenza familiare); non ci sono praticamente casi segnalati dalle pediatrie cantonali; casi invece segnalati da pediatrie di altri cantoni (collaborazione ottima)
- segnalazioni di alcuni casi per la consulenza alimentare da parte di pediatri e ostetriche
- segnalazioni al pediatra o al PS delle situazioni che necessitano un ulteriore intervento
- disomogeneità nell'offerta fra ICMP, pediatri e Lega Leche (ognuno ha le sue direttive)
- reperibilità attraverso segreteria telefonica e tramite segretariato SACD
- accessibilità al servizio di consulenza garantita dalla gratuità delle prestazioni
- pochi i bambini raggiunti dal servizio nella fascia d'età 2-3 anni
- casi che sarebbe utile raggiungere ma che non lo sono; coloro che avrebbero più bisogno sarebbero (stima) il 5%
- difficoltà a raggiungere alcune famiglie di altra cultura.

Ne emerge un quadro estremamente frammentario, disomogeneo, condizionato da contingenze specifiche e locali. In realtà, risulta difficile considerare "in rete" collaborazioni che appaiono sporadiche o eccessivamente legate alla buona volontà tra i partner.

La qualità del servizio dovrebbe essere garante dell'accessibilità, e dovrebbe rappresentarne un capo saldo. Tuttavia è testimoniata la consapevolezza che l'accessibilità resta, o rischia di restare, problematica per alcune fasce di utenza, in sé eleggibile.

Assumere attività di coordinamento, assistenza e cura al bambino

Si evidenziano i seguenti elementi:

- assistenza e cure: rari casi; semplici; aumento delle segnalazioni; alcuni casi deviati a professionisti indipendenti
- domanda di prestazioni di cura particolarmente bassa per presenza di studi medici e reparti ospedalieri
- efficacia nell'assistenza e cura: nota 10 (vista la semplicità di quanto si offre); 0; non ci sono le competenze e le risorse per poterle assumere; non si ritiene compatibile queste prestazioni con il ruolo specifico delle ICMP.

Cooperare con altri servizi o attori nell'ottica della prevenzione nella fase pre-natale

Non si segnala alcuna collaborazione nella fase pre-natale, né con i ginecologi né con le ostetriche.

Promuovere la salute presso gruppi di genitori/bambini

Si evidenziano i seguenti aspetti:

- disponibilità ad assumere attività di consulenza/prevenzione: presente; estraneità verso questo mandato
- iniziative proposte: incontri mensili con i genitori; punti d'incontro settimanali per genitori; pomeriggi informativi con la partecipazione di esperti; nessuna iniziativa
- esito delle proposte: le iniziative proseguono con buona partecipazione; gli incontri si sono interrotti per mancanza di partecipanti
- asili nido: poca chiarezza rispetto al mandato (consulenza o vigilanza); incompatibilità fra il ruolo di consulenza/prevenzione e vigilanza; risultati più consolidati si potranno avere dopo il periodo di sperimentazione.

Iniziare una riflessione sulla possibile collaborazione con la medicina scolastica

Si evidenzia un'unica iniziativa a Giubiasco, di una persona di SCuDo che attinge in parte al suo tempo libero.

Utilizzare lo strumento di valutazione e gestione della casistica

Si evidenziano i seguenti aspetti:

- qualità dello strumento: poco utilizzabile; di difficile compilazione; è stato ridimensionato per renderlo più semplice; non adatto al tipo di attività della ICMP
- poca disponibilità ad utilizzarlo
- documentazione cartacea, difficilmente accessibile e anche incompleta
- poca precisione nel rilevare i dati
- troppo lavoro burocratico, amministrativo, informatico.

Adottare linee-guida per un intervento uniforme nei diversi servizi

Si evidenziano i seguenti elementi:

- assenza di linee guida o di formalizzazione delle differenti collaborazioni
- collaborazione con l'OCL protocollata
- assenza di coordinazione all'interno della rete (chi fa cosa, quando, in che modo, e con quali competenze)
- scarsi contatti fra équipe di altri SACD.

Sviluppare programmi di formazione continua per l'aggiornamento ⁵¹

Si evidenziano i seguenti aspetti:

- le ICMP risentono la necessità di fare formazione continua per non perdere contatto con la professione
- molteplici i bisogni di formazione
- apprezzamento del corso "Comunicazione secondo Gordon"
- valutazione della formazione/preparazione delle ICMP: nota 8.

Sviluppare un nuovo concetto organizzativo al fine di permettere di svolgere a pieno l'attività ambulatoriale e gli incontri con i genitori

Si evidenziano i seguenti elementi:

- lo spazio per la consulenza ambulatoriale è un punto d'incontro per la socializzazione fra genitori e scambio di esperienze
- si stanno studiando nuovi spazi per incontrare l'utenza (per esempio negli asili nido)
- le visite ambulatoriali su appuntamento hanno trovato riscontro positivo nelle famiglie e i padri vi partecipano maggiormente
- la nuova sede è apprezzata, dà alle famiglie tranquillità e rassicurazione
- gli spazi sono adeguati
- all'ambulatorio è riservato uno spazio troppo piccolo.

In sintesi, si può dire che se le finalità generali del servizio di consulenza materno-pediatria sembrerebbero essere state raggiunte, lo stesso non si può dire per le finalità dei SACD e per gli obiettivi più specifici. Non tutti i servizi e non tutti allo stesso modo hanno potuto o cercato di perseguirli; i risultati sono anche molto diversi da servizio a servizio, in parte condizionati anche da elementi strutturali (sede e spazi).

2.6.2 Percezione soggettiva del ruolo

È opportuno considerare anche l'aspetto identitario, ossia la percezione del proprio ruolo professionale da parte delle operatrici/operatori dei servizi.

In sintesi le valutazioni espresse sono le seguenti:

- ruolo a volte sottovalutato e a volte sopravvalutato
- le ICMP sono a volte confuse con ostetriche o con medici
- a volte i pediatri mettono in dubbio le attività delle ICMP
- pediatri che offrono loro stessi consulenza o hanno assunto per questo compito del personale proprio
- reparti di maternità hanno assunto personale preposto alla consulenza
- influenza della gratuità sulla percezione del ruolo: non sminuisce la professionalità delle ICMP; svalorza le ICMP
- assenza presso le ICMP della percezione del costo, il che le deresponsabilizza.

La percezione del proprio ruolo che emerge dalle suddette valutazioni è combattuta tra la percezione di un "deficit" esterno e la percezione di un "credito" interno. Sarebbero piuttosto gli altri, i partner, a non essere in chiaro riguardo al ruolo delle operatrici, le quali al contrario affermano la consapevolezza dello stesso.

⁵¹ Si rinvia per completezza al Cap. 3 "Aspetti formativi del servizio di consulenza materno-pediatria".

Dialettico e contraddittorio appare il rapporto con le dimensioni economiche delle loro azioni/prestazioni: da un lato la gratuità non sembra incidere sulla loro professionalità, dall'altro si riconosce la mancanza della percezione del costo delle prestazioni. Resta il fatto che la percezione del ruolo è tutt'ora problematica sotto diversi aspetti.

2.7 Strategie di misurazione degli indicatori

Direttori, capi équipe e ICMP si esprimono infine:

a) sulle possibili strategie per la misurazione degli indicatori:

- monitoraggio di alcuni casi
- indagine presso l'utenza
- ricerca manuale all'interno delle cartelle cliniche.

b) sui possibili indicatori da ricercare:

- n° bambini seguiti in relazione alle nascite
- n° di consultazioni /ore
- casi seguiti per fascia d'età
- densità immigrati sul n° di consulenze
- n° di segnalazioni, tipologia, provenienza e destinazione delle stesse
- durata nel tempo della consultazione per lo stesso bambino
- costo per bambino seguito
- n° di bambini denutriti
- n° di casi segnalati al pediatra o al PS
- n° di consulenze telefoniche che evitano la visita a domicilio o il ricorso al medico
- n° di visite evitate dal pediatra o in pediatria
- n° di ricoveri evitati in ospedale o in PS
- n° di casi seguiti sia dal servizio che dal pediatra
- n° di complicazioni, ospedalizzazioni, interventi onerosi e pesanti evitati presso le madri/famiglia
- impatto sui costi della salute
- soddisfazione degli utenti, qualità percepita
- sentimento di sicurezza nella madre
- incremento della qualità della vita
- livello d'integrazione sociale dei genitori
- competenza del personale
- presenza delle competenze utili al servizio
- anni di esperienza delle ICMP
- partecipazione alla formazione continua.

Trattasi ovviamente di una "lista" indicativa, piuttosto teorica e difficilmente praticabile se considerata *in toto*, ma dalla quale sarebbe utile far scaturire indicatori ritenuti pertinenti. Una proposta in tal senso sarà formulata a conclusione del presente capitolo.

2.8 Proposte

Qui di seguito si riportano le proposte emerse con riferimento agli obiettivi rimasti in buona parte disattesi oppure con riferimento alle problematiche emerse in sede di valutazione del gruppo di ricerca (coordinamento, garanzia d'accesso, visibilità del ruolo e opportunità di valutazione tramite indicatori).

Utilizzare lo strumento di valutazione e gestione della casistica

Si ritiene indispensabile l'utilizzo di uno strumento di valutazione e gestione della casistica, sia dal punto di vista dell'assistenza e quindi nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni, sia dal punto di vista della gestione *tout court* del servizio, in funzione delle nuove modalità di *governance* dei servizi socio-sanitari (cfr. Cap. 4).

Assumere attività di coordinamento, assistenza e cura al bambino

Non c'è dubbio, tutti i bambini, se potessero scegliere, preferirebbero essere curati a domicilio. Questo desiderio è condiviso anche da buona parte dei genitori; gran parte dei genitori di opinione opposta sarebbero tuttavia pronti a modificarla se fossero persuasi di poter contare su un sostegno ritenuto adeguato.

A casa il bambino può rimanere fra i propri affetti e fra i propri oggetti e può vivere l'esperienza della malattia mantenendo gli abituali punti di riferimento. Non c'è dubbio che l'esperienza dell'ospedalizzazione, per pur breve che sia, mette a dura prova l'equilibrio del bambino, e non solo, anche della famiglia.

A dipendenza della fascia d'età, sentimenti, emozioni e disagi si presentano con modalità ed intensità differenziate. Paura, ansia, smarrimento, senso di abbandono, disorientamento, sensazione di pericolo, preoccupazione, senso di colpa, ... sono alcuni sentimenti comuni a bambini e famigliari, senza contare che il ricorso a servizi stazionari prevede una riorganizzazione temporanea della famiglia.

Questi aspetti, riconosciuti da lunga data, sono considerati nella "Carta per i bambini in ospedale": si tratta di un elenco dei diritti dei bambini prima, durante e dopo un ricovero in ospedale; i diritti si riferiscono a tutti i bambini malati indipendentemente dalla loro malattia o disabilità, dall'origine culturale e dall'ambiente sociale di provenienza, dal motivo e dal luogo della cura.

Sicuramente è questo un settore che dovrebbe e potrebbe essere sviluppato: alcuni ricoveri potrebbero essere evitati o ridotti nella loro durata, e buona parte delle attività che attualmente si svolgono nei *day-hospital* pediatrici o in regime ambulatoriale potrebbero essere eseguite a domicilio, come sembrerebbe emergere anche da esperienze in altri cantoni. È evidente inoltre che questo tipo di assistenza sarebbe da estendere anche a bambini con più di 3 anni.

Se si desidera assumere anche attività di cura sarà necessario non solo promuovere la conoscenza del servizio e agire sui "concorrenti", ma anche, al fine di non pregiudicare la qualità della consulenza, incrementare le risorse umane e le competenze, ... magari anche assorbendo quelle infermiere pediatriche che nei SACD si occupano di adulti.

Peraltro anche un servizio come Hospice pediatrico per i bambini oncologici potrebbe essere assunto dalle ICMP (anche qui come già accade in altri cantoni).

Se l'obiettivo dei SACD di mantenere il più a lungo possibile a domicilio l'utenza fosse esteso effettivamente anche ai bambini (ancora a maggior ragione vista la fragilità di quest'utenza), si potrebbe pensare di potenziare il personale con tali competenze o prevedere della formazione mirata.

Si osserva che un tale orientamento richiederebbe verosimilmente una ridefinizione delle tariffe, d'intesa con gli assicuratori malattia.

Cooperare con altri servizi o attori privati nell'ottica della prevenzione primaria presso le famiglie nella fase pre-natale (collaborazione con ginecologi e ostetriche)

Tra le ICMP si risente una sorta di estraneità nei confronti di questa utenza, ci si può chiedere se esiste realmente una domanda e se le ICMP sono le professioniste più competenti per rispondervi. In effetti riteniamo che i disagi, le difficoltà e le problematiche che potrebbero sorgere durante la gravidanza, potrebbero essere assunte dalle ICMP. In questo periodo, comunque, i servizi di maternità degli ospedali, le ostetriche a domicilio e i ginecologi sono i luoghi e i professionisti che più sono riconosciuti come specifici. Come visto, del resto, pediatri e levatrici/ostetriche sono notevolmente aumentati di numero negli ultimi anni.

Ci sembra di poter dire che alle ICMP resta semmai un residuo spazio d'intervento. È un obiettivo, secondo noi, al quale si potrebbe rinunciare, vista la presenza di risorse territoriali specifiche, a meno che non sia ripensata la composizione dell'équipe dei servizi di consulenza materna e pediatrica dove, accanto alle infermiere con preparazione pediatrica operino anche delle ostetriche.

Dall'indagine svolta presso i partner della rete socio-sanitaria, emerge una sorta di conflitto di competenza, in particolar modo sottolineato dalle ostetriche, rispetto ad un eventuale intervento delle ICMP in quest'ambito (cfr. Cap. 4).

Questo non toglie che, per garantire la continuità delle cure, i contatti fra reparti di maternità, reparti di pediatria e ostetriche attive sul territorio siano estremamente importanti, e come altre collaborazioni andrebbero esplorate e formalizzate.

Promuovere la salute presso gruppi di genitori/bambini

Partendo dalla constatazione che alcune iniziative hanno avuto successo e altre non sono decollate, occorre comprendere le ragioni di tale disomogeneità. Per poter promuovere la salute presso gruppi di genitori/bambini, come auspicato, sarebbe opportuno individuare tali ragioni, nonché indagare sulle reali possibili attivazioni del volontariato o di altre risorse formali ed informali presenti sul territorio. Occorre in ogni caso rendersi conto che questo genere di promozione può trovare dei limiti nelle disponibilità attuali dei servizi.

Adottare linee-guida per un intervento uniforme nei diversi servizi

Al di là delle direttive formulate negli obiettivi, manca una coordinazione cantonale che permetta lo scambio e la collaborazione nell'elaborazione di linee guida, nonché l'utilizzo pertinente delle risorse a questo scopo; se non si vuole ridurre in quantità e qualità le attuali prestazioni, il che non sembra opportuno e giustificato, sarà necessario aumentare le risorse umane competenti.

Iniziare una riflessione sulla possibile collaborazione con la medicina scolastica

L'opportunità di realizzare questo obiettivo sembrerebbe non essersi rivelata fondamentale, anche se questo non significa che fra i due comparti, ICMP e medicina scolastica, non ci possa essere qualche contatto maggiore, per assicurare una coerenza d'azione e d'informazione in un'ottica di promozione e di prevenzione presso bambini ed adolescenti. È prima di tutto utile una riflessione sulla verifica del ruolo e delle competenze dell'"infermiera scolastica", da sviluppare all'interno delle ICMP.

g) Sviluppare programmi di formazione continua per l'aggiornamento

Questo obiettivo, data la sua importanza dal profilo del ruolo e dell'identità delle ICMP, è sviluppato nel prossimo Cap. 2 "Aspetti formativi del servizio di consulenza materno pediatrica".

Coordinare e garantire l'accesso ai servizi sul territorio alle famiglie

La natura stessa delle attività delle ICMP esige la collaborazione in rete. Ora proprio la collaborazione pone a tutt'oggi dei problemi, a volte anche di una certa importanza. I risultati percepiti fanno stato di situazioni estremamente differenziate: il che significa, per esempio, che le ICMP possono trovarsi contemporaneamente in una situazione ottimale con alcuni operatori e di pessima collaborazione (o assenza di collaborazione) con altri. Una ICMP può collaborare bene con un medico pediatra del comprensorio e male con un altro medico pediatra dello stesso comprensorio. Se sarà difficile rimediare ad ogni situazione problematica, è però lecito chiedersi se, in generale, non si possa cercare di collaborare meglio anche con i partner che meno di altri sono oggi ben disposti verso le ICMP e i SACD.

Dall'altra parte, se non è pensabile di protocollare ogni e qualsiasi collaborazione, anche quelle più estemporanee, si evidenzia la necessità di mettere a punto qualche linea guida per consolidare meglio e strutturare in modo diversificato i diversi tipi di collaborazione. Una proposta in questa direzione sarà formulata a conclusione del Cap. 4.

Potrebbe essere interessante, al riguardo, approfondire un approccio clinico-manageriale nuovo, che si sta diffondendo in ambito socio-sanitario, che ruota attorno al concetto di "case management" (gestione del caso) e che dovrebbe facilitare quelle attività delle ICMP che richiedono di agire con altri operatori e servizi, in particolare l'attivazione di altre risorse, il ricorso ad altri interventi specialistici, l'informazione ad altri operatori.

Dare visibilità al ruolo

È necessario definire meglio il ruolo delle ICMP. A prescindere dagli aspetti legati alla formazione e alle competenze professionali, esiste un problema di riconoscimento del ruolo delle ICMP.

Occorre quindi che le finalità, gli obiettivi e soprattutto l'attività delle ICMP siano non solo definiti (vedi *Catalogo dei servizi e delle prestazioni*), ma conosciuti dall'utenza, dai partner e, ovviamente dagli stessi operatori/trici dei servizi. L'impressione è infatti che un buon margine di miglioramento dell'efficacia delle ICMP sia legato al miglioramento della conoscenza del loro ruolo.

La denominazione del ruolo "infermiera consulente materna e pediatrica", per quanto riprenda una denominazione utilizzata anche Oltralpe (Mütter-Väterberatung), ci sembra descriva solo una parte delle attività e degli obiettivi a cui il personale infermieristico è chiamato a rispondere: non si tratta quindi di sottolineare l'aspetto consulenza, ma piuttosto di richiamare la completezza del ruolo. Nel termine "infermiere" è sintetizzata tutta la professionalità attesa dal ruolo. Un profilo professionale ci sembra emergere, quello della figura dell'"infermiere di famiglia". Questo profilo verrà illustrato più oltre, al Cap. 4 "L'integrazione delle ICMP nei SACD".

Valutare l'efficacia dell'intervento attraverso indicatori

La prima, fondamentale, attività da prevedere – che vale, per inciso, anche in altri comparti dell'assistenza e cura a domicilio – è la messa a fuoco di alcuni, pochi ma significativi, indicatori di efficacia. La lista degli indicatori potrebbe essere lunga (vedi gli indicatori suggeriti dagli operatori e dalle operatrici e quelli di struttura, processo e risultato elencati nel *Catalogo dei servizi e delle prestazioni*⁵²). Inoltre, indicatori direttamente in relazione con le finalità dell'intervento delle ICMP non sono evidenti: qual'è l'indicatore che sottolinea se "è stata promossa la salute e il benessere del bambino e della famiglia"?

⁵² Cfr. DSS/DAS, *Catalogo dei servizi e delle prestazioni – assistenza e cura a domicilio – consulenza materno-pediatrica*, IV-C /3-4

Tenendo conto di diversi aspetti, non da ultimo dell'aspetto operativo, si possono ritenere i seguenti indicatori fondamentali, che coincidono con alcuni fattori di qualità "di risultato" del *Catalogo dei servizi e delle prestazioni*:

- numero di casi seguiti nel comprensorio in rapporto alle nascite;
- grado di acquisizione di autonomia da parte dei genitori (tramite l'osservazione del decorso);
- soddisfazione dei genitori.

Per valutare altri tipi di prestazioni, in particolare le cure e l'assistenza, sarà necessario riferirsi ad altri specifici indicatori.

Mentre il primo dato è di natura quantitativa ed ha carattere generale, il grado di acquisizione di autonomia da parte dei genitori è un dato qualitativo e suscettibile di "misurare" l'efficacia degli interventi delle ICMP, nella misura in cui tale acquisizione di autonomia è una testimonianza – un indicatore, appunto – del grado di raggiungimento indiretto di altri obiettivi, ancora più difficili da rilevare – quali la "securizzazione" dei genitori, i ricorsi impropri, l'impatto sui costi della salute...

Quanto al grado di soddisfazione dei genitori, trattasi di un aspetto interessante, che non deve diventare la "patente" dell'operato delle ICMP, ma uno strumento di rilevamento degli ulteriori spazi di miglioramento (continuo) possibili.

Oltre alle suddette categorie di indicatori, a valenza anche operativa, sarebbe opportuno consolidare (finalmente...) un set minimo di indicatori per la pianificazione strategica dei diversi servizi ICMP. A tutt'oggi, occorre dirlo, in quest'ambito le note sono dolenti, come si è potuto appurare nell'ambito di questa valutazione. I dati raccolti, non senza difficoltà, e riportati in allegato A sono frammentari, lacunosi e poco affidabili. Trattasi di un inconveniente a cui occorre porre rimedio, poiché l'investimento per raccogliere i dati *ad hoc*, nelle condizioni attuali, risulta veramente oneroso e a volte frustrante. Ciò detto, si formula di seguito uno schema minimo di indicatori che potrebbero ispirare una raccolta non onerosa dal profilo amministrativo ma significativa di dati utili per l'orientamento strategico dei servizi e complementare ad altri, più sofisticati, indicatori e strumenti di valutazione.

Schema 1: set minimo di indicatori per i servizi ICMP

<u>A</u> Indicatori di diffusione		
A1	Indicatore di "copertura":	bambini seguiti/bambini totali
A2	Indicatore di "penetrazione":	nuovi utenti/nati vivi
<u>B</u> Indicatori di attività		
B1	Indicatore di prestazioni*:	consulenze totali/bambini totali
B2	Indicatore di erogazione*:	ore totali (prestazioni dirette)/bambini totali
<u>C</u> Indicatori di efficienza		
C1	Costo totale/bambini	
C2	Costo totale/prestazioni	
C3	Costo totale/ore	

*suddivisi per categoria di prestazioni: consulenza/visita a domicilio, consulenza in ambulatorio/sede, consulenza telefonica.

CAPITOLO 3

ASPETTI FORMATIVI DEL SERVIZIO DI CONSULENZA MATERNO PEDIATRICA

3.1 Premessa

Una dimensione di grande importanza riguardo all'identità professionale ed agli aspetti istituzionali in cui operano le ICMP è quella della formazione. In un contesto di notevoli cambiamenti dell'intero settore socio-sanitario come quello attuale, gli operatori si trovano in una sorta di "campo di forza", combattuti tra la tentazione del ripiegamento su solide basi autoreferenziali e la voglia di accettare le novità (e l'incertezza...) del cambiamento.

Per questa ragione, in questo capitolo s'indaga sugli aspetti formativi e professionali del servizio di consulenza materno-pediatrica.

Il Capitolo inizia con una rassegna delle offerte di formazione che sono state e sono attualmente disponibili in Ticino e che sono utili/indispensabili all'indirizzo professionale delle operatrici, passa all'esame e alla valutazione della situazione formativa di base delle ICMP e all'esame e alla valutazione della situazione formativa sui temi della formazione continua.

Sulla base di queste analisi, si evidenzieranno in seguito i bisogni formativi delle ICMP – segnalati dalle stesse e dai collaboratori - e si formuleranno delle ipotesi per il futuro.

3.2 Le offerte di formazione attuali in Ticino

3.2.1 Le offerte di formazione di base in Ticino utili all'indirizzo

I diplomi di formazione di base che si sono potuti o si possono ottenere in Ticino, sono i seguenti:

- infermiere diplomato in cure generali: formazione triennale, fino al 1995
- infermiera diplomata in igiene materna e pediatria: formazione triennale, con indirizzo specifico, dal 1971 al 1985
- infermiere diplomato livello 1: formazione triennale, di tipo generalista, dal 1995 al 2001
- infermiere diplomato livello 2: formazione quadriennale, di tipo generalista, dal 1995 al 2002
- infermiere diplomato livello 2: formazione triennale, di tipo generalista, dal 1999.

Queste formazioni di base offrono l'acquisizione di competenze specifiche per l'erogazione di prestazioni indirizzate al soddisfacimento dei possibili bisogni di questa tipologia di utenza. Esse possono essere completate con delle formazioni post diploma.

3.2.2 Le offerte di formazione post diploma in Ticino utili all'indirizzo

I diplomi o certificati post diploma che si sono potuti o si possono ottenere in Ticino, sono i seguenti:

- diploma di specializzazione post diploma in igiene materna e pediatria: dal 1985 al 1995
- diploma di specializzazione in salute pubblica : fino al 1997
- certificato di specialista clinico in area materno-pediatria dal 1999 presso la Scuola superiore per le formazioni sanitarie (SSFS)
- certificato di specialista clinico in salute pubblica dal 1999 alla SSFS (corso partito una sola volta, mai più riproposto in seguito per mancanza di iscritti)
- diploma di specialista clinico (secondo livello) alla SSFS, dal 2002.

Queste formazioni completano e perfezionano la formazione di base, nel senso che offrono l'acquisizione di quelle competenze oggi richieste per l'assunzione di nuovi compiti in funzione dell'evoluzione dell'azione sociale, nonché per operare secondo canoni professionali aggiornati.

Queste formazioni, disponibili in Ticino, sono a loro volta completate dalle possibilità di formazione post diploma in altri cantoni.

3.2.3 Le offerte di formazione post diploma relative all'indirizzo in Svizzera

Molteplici sono gli istituti di formazione che offrono formazione post diploma nel campo della pediatria e della salute pubblica. In particolare citiamo il corso post diploma Mütter-Väterberatung, attualmente offerto a Zurigo e Aarau dalla WE'G⁵³. In Ticino questo tipo di corso post diploma non è, a tutt'oggi, offerto.

Oltre a queste formazioni, esiste un'offerta formativa all'estero, che può essere eventualmente riconosciuta in Svizzera (CRS).

3.3 La situazione formativa attuale delle ICMP

3.3.1 La formazione professionale delle ICMP

Le ICMP attive nel 2006 nei SACD sono 18, per un totale occupazionale di 11,3 UTP⁵⁴. A queste si aggiunge una persona che lavora come volontaria che si occupa di alcuni casi alla settimana.

La situazione complessiva, per tutti i servizi ICMP dei 6 SACD, è riassunta nella seguente tabella:

⁵³ WE'G – Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe - www.weg-edu.ch

⁵⁴ UTP: Unità a tempo pieno

Tabella 8: Suddivisione delle ICMP per SACD e per titolo formativo. Osservazione: una persona può possedere più titoli di studio.

Tipo di formazione	SACD Sottoceneri			SACD Sopraceneri			Totale persone per titolo formativo
	SACD Mendrisiotto-Basso Ceresio	SACD Malcantone-Veduggio	ScuDo- Lugano	ALVAD- Locarno	SACD-Regione Tre Valli	SACD-Bellinzona	
Diploma in cure generali	x		xx	xxx		xx	8
Diploma in igiene materna e pediatria	xxx	xxx	xx		xx	x	11
Post diploma in igiene materna e pediatria	x		xx			x	4
Post diploma in salute pubblica	x					xx	3
Post diploma Mütter-Väterberatung		x					1
Specialista cinico in area materno-pediatria							---
Specialista clinico in salute pubblica							---
Gestione d'équipe					x		1
Assistente sociale		x					1
Totale persone / UTP per SACD	4 / 1,70	3 / 1,60	4 / 2,80	3 / 1,80	2 / 1,50	2 + volontaria/ 1,90 + ore	18 + volontaria/ 11,30 + ore
		11 / 6,10			7 + volontaria / 5,20		

Quasi tutte le ICMP (17 persone, per un totale occupazionale di 10,3 UTP) possiedono una formazione in ambito pediatrico. In particolare, esse possiedono i seguenti titoli:

- diploma svizzero “formazione pediatrica” di base: 10 persone (6,7 UTP) di cui una persona anche con diploma di assistente sociale, ma solo 2 persone con formazione post diploma
- diploma estero “formazione pediatrica” di base (con riconoscimento CRS): 3 persone (2,3 UTP), di cui 1 persona con certificato in gestione d'équipe SSFS (1 UTP)
- post diploma svizzero “formazione pediatrica”: 4 persone (2,3 UTP) di cui 1 persona con doppia formazione post diploma (igiene materna e pediatria, salute pubblica) (0,5 UTP) e 1 persona con formazione post diploma Mütter-Väterberatung (0,5 UTP); la persona che lavora saltuariamente come volontaria possiede una formazione di questo tipo
- diploma svizzero “non pediatrico”, diploma in cure generali: 1 persona (1 UTP), questa persona possiede anche un post diploma in salute pubblica
- nessuna persona con formazione in ostetricia
- ai titoli di studio si aggiungono esperienze più o meno prolungate in ambiti di cura prevalentemente ospedalieri (reparti di maternità e pediatria) solitamente piuttosto prolungate, completate da anni di attività presso i SACD. Il *turn over* di personale è particolarmente limitato, più persone sono ICMP da parecchi anni.

In sintesi, non considerando la persona “volontaria”, si contano 11 persone (61,1 %) con solo la formazione di base per un equivalente di 7,1 UTP (62,8 %) e 7 persone (38,9 %) con anche formazioni post diploma per un equivalente di 4,2 UTP (37,2 %).

Osserviamo che un po' meno dei 2/3 delle ICMP non possiedono una formazione post diploma; inoltre, aggiungiamo che uno dei servizi di consulenza materno-pediatrica non ha al suo attivo alcuna persona con una formazione post diploma.

Questa annotazione è opportuna, in quanto, accanto a competenze specifiche alla tipologia d'utenza, si ritiene altrettanto importanti quelle competenze che permettono l'assunzione di progetti, di gestione dei cambiamenti, di valutazione della qualità, di utilizzazione delle evidenze scientifiche e ricerca, utili non solo ad offrire prestazioni di qualità ma anche a perseguire gli obiettivi strategici dei SACD e quelli specifici dei servizi di consulenza materno-pediatrica.

Queste competenze si sviluppano in particolare attraverso formazioni post-diploma e, si potrebbe dire, attraverso le più recenti formazioni post diploma: infatti se i contenuti relativi alla gestione di progetti/cambiamento iniziano a fare la loro apparizione nei programmi di formazione post diploma verso il 1995, gli aspetti legati alla ricerca, all'utilizzo delle evidenze e alla valutazione della qualità, iniziano ad essere integrati nelle “nuove” formazioni post diploma di specialista clinico a partire dal 1999.

A seguito di questa osservazione, si potrebbe dire che solo 4 persone hanno potuto beneficiare di una formazione post diploma a partire dal 1995 e nessuna persona dopo il 1999 (il dato non ha tuttavia valore assoluto, poiché le competenze potrebbero essere state acquisite anche attraverso la formazione continua e l'esperienza professionale, aspetto che non abbiamo potuto indagare maggiormente).

Si giunge pure alla conclusione che possedere un diploma di formazione di base “pediatrico” è ritenuto nei fatti sufficiente per operare in salute pubblica (ben 10 persone su 13 possiedono solo un diploma “pediatrico di base”; si tratta inoltre di diplomi oggi piuttosto datati, in particolare per le 10 ICMP in questione, poiché gli anni di conferimento dei diplomi si situano tra il 1969 e il 1988 (mediana 1977)).

In effetti, non è un'esigenza prescrittiva per le attività di consulenza materno pediatrica dei servizi di assistenza e cura a domicilio quella di possedere una specifica formazione in salute pubblica; le figure professionali abilitate sono infatti le seguenti:

- *“infermiera consulente materna e pediatrica*
- *infermiera pediatrica*
- *infermiera diplomata CRS con formazione specifica in igiene materna e pediatrica o ostetricia.*⁵⁵

Ci si può interrogare sull'opportunità che le competenze sviluppate nei curricula specializzati delle offerte post diploma siano presenti anche fra le ICMP. Di certo lo dovrebbero essere fra le/i capo équipe (non sono stati inclusi nella nostra indagine). D'altra parte si registra nelle singole équipes di ICMP una sorta di autonomia/autogestione degli aspetti più professionali ciò che richiede di dover essere all'altezza delle aspettative e della funzione anche da parte delle operatrici (cfr. Cap. 4 “L'integrazione delle ICMP nei SACD”).

Nessuna operatrice con certificato o diploma di specialista clinico è a tutt'oggi attiva nelle équipes pediatriche⁵⁶: il primo corso in Ticino è terminato nel 2000. È questo, si ritiene, un dato significativo in quanto la formazione per specialista clinico è, fra le formazioni offerte in Ticino, quella che meglio risponde alle attuali esigenze formative dei servizi di consulenza materno-pediatrica, come si vedrà in seguito.

Vorremmo anche far notare che il ridotto *turn over* all'interno delle équipes dei servizi di consulenza materno-pediatrica, non dovrebbe in sé costituire un ostacolo allo sviluppo di nuove competenze, anche se di certo no lo favorisce.

3.3.2 La formazione professionale del personale “pediatrico” non ICMP

Nei SACD sono attive altre infermiere pediatriche che non sono integrate nelle équipes ICMP. Esse si occupano quindi prevalentemente di assistenza e cura ad un'utenza adulta. È a queste persone che, sebbene in rari casi, si fa ricorso per le prestazioni medico-tecniche in quelle équipes in cui le ICMP svolgono solo attività di consulenza, o per garantire la continuità delle cure durante i *week-end* e i giorni festivi, visto che le ICMP non lavorano in questi giorni.

Le infermiere “pediatriche” non ICMP attive nei SACD sono 8, per un totale occupazionale di 3,35 UTP + presenza a ore di 1 persona).

Esse sono in possesso dei seguenti titoli di studio:

- diploma svizzero “formazione pediatrica” di base: 7 persone (2,85 UTP + presenza ore);
- post diploma svizzero “formazione pediatrica”: 1 persona (0,5 UTP).

Se da un lato le esigenze organizzative e gestionali dei SACD spiegano l'utilizzo di queste figure professionali per attività di cura presso utenti adulti, dall'altro può essere legittimo chiedersi se non sia opportuno integrare parte di queste risorse direttamente all'interno delle équipes delle ICMP.

⁵⁵ DSS/DSA, *Catalogo dei servizi e delle prestazioni – assistenza e cura a domicilio – prestazioni – cure infermieristiche*, IV-C / 2

⁵⁶ Contrariamente a quanto affermato da un direttore, che verosimilmente si riferisce alla formazione post diploma IMP, che peraltro differisce in molti aspetti.

Per contro, le interviste evidenziano pure come ci sia del personale senza formazione nell'area materno-pediatria che eroga cure (medico tecniche) a utenza pediatrica. In un'ottica di gestione operativa delle attività del comparto ICMP nonché di maggiore interazione efficiente in seno alle équipes dei SACD, occorre chiedersi se questi apporti, per così dire "esterni" di operatrici che non dispongono di una formazione specifica siano opportuni e/o adeguati.

3.4 Situazione formativa delle ICMP: formazione professionale

Percezione

La valutazione percettiva del livello formativo delle ICMP è diametralmente diversa a seconda se si considerano le attività di consulenza oppure le attività di cura.

Direttori, capi équipe e ICMP sono unanimi nel considerare molto buono il livello formativo per quanto riguarda le attività di consulenza (le note espresse durante le interviste raggiungono il valore 8, e le qualifiche "ottimo" e "molto approfondito").

Rispetto alle attività di cura le note espresse dai diversi operatori ai vari livelli sono tra "insufficiente" e "0", e si parla anche di assenza di competenze per svolgere tali attività. In un solo caso la nota attribuita è 10 e questo in considerazione della semplicità degli atti delegati.

Tutte le formazioni che portano all'ottenimento di un diploma in cure infermieristiche contribuiscono alla costruzione di un ampio ventaglio di competenze fra le quali anche quelle di assistenza e cura tecnica. La percezione sopra descritta è quindi da riferirsi alla perdita delle abilità e delle conoscenze professionali che da tempo non sono più esercitate.

Ci si potrebbe interrogare su quale sia la percezione all'esterno del livello formativo o del profilo di competenze delle ICMP.

Come interpretare, infatti, la mancanza di segnalazioni da parte dei pediatri e ginecologi, l'assunzione da parte di pediatri di personale per la consulenza in studio, l'integrazione di nuove attività di consulenza nelle maternità e nei reparti di pediatria ospedalieri? Si può ipotizzare l'esistenza di opportunità di fatturare di più da parte di altri professionisti, oppure la non conoscenza del mandato dei SACD o ancora un certo tipo di percezione del profilo di competenza delle ICMP? Questi aspetti sono ripresi ed approfonditi nel Cap. 4 "L'integrazione delle ICMP nei SACD".

In relazione agli obiettivi SACD

Che formazione è auspicata o sarebbe auspicabile per operare in un servizio di consulenza materna e pediatrica, tenuto conto del loro specifico mandato?

I paragrafi successivi mettono in luce le competenze che si ritiene utili ai professionisti che operano e coordinano le équipes dei Servizi di consulenza materno pediatrica a fronte degli obiettivi strategici specifici. Quelle che sono esigenze per la formazione continua potrebbero essere prerequisiti nel *curriculum* di eventuali nuove risorse umane.

Inoltre, in relazione ad uno degli obiettivi specifici del servizio di consulenza materna e pediatrica, vale a dire quello di "cooperare con altri servizi o attori privati nell'ottica della prevenzione primaria presso le famiglie nella fase pre-natale (collaborazione con ginecologi e ostetriche)", ci si potrebbe interrogare sull'opportunità di introdurre la figura dell'ostetrica in queste équipes viste le specifiche competenze.

In relazione alla formazione continua

Nella *Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2005 – 2009* al punto 2.8 “Rapporti fra SACD e settore della formazione di base e continua”, si evidenzia come i SACD abbiano agito per proprio conto nelle loro strategie di formazione continua.

In questi ultimi anni si devono registrare almeno due iniziative formative importanti all'indirizzo delle ICMP:

- su iniziativa del DSS, l'offerta del corso “Prevenzione e cura dei disturbi psichici delle donne dopo il parto”, organizzato e realizzato dalla SSFS di Stabio; il corso si inserisce fra le strategie promosse dal DSS nell'ambito della prevenzione del suicidio; alla riflessione che ha preceduto e portato all'offerta di tale corso hanno partecipato due ICMP attive nei servizi;
- su iniziativa dei SACD, l'offerta del corso “Comunicazione secondo Gordon”⁵⁷: questa formazione risulta essere altamente pertinente allo sviluppo del ruolo delle ICMP vista la loro funzione pedagogico–didattica nei confronti di genitori e bambini e l'esigenza di saper comunicare in modo efficace con gli utenti e con i colleghi al fine di comprendere ed aiutare a risolvere, o risolvere direttamente, problematiche e conflitti.

Altre indicazioni riguardo agli ambiti ritenuti come delle opportunità per l'aggiornamento professionale citati nelle interviste dalle ICMP, sono le seguenti:

- la collaborazione con le colleghe “più anziane”
- i fornitori
- l'ASI (Associazione svizzera infermiere/i)
- l'APSI (Associazione pediatri della Svizzera Italiana)
- il Cantone
- la formazione interna
- i programmi per la formazione continua degli ospedali: si fa riferimento alla possibilità di partecipare alla formazione interna dell' ORL

⁵⁷ Tratto da: www.kanimambo.it/risorse/2006.08.corso.formazione.pdf

“Il corso “Persone Efficaci” metodo Gordon è la versione italiana di *Gordon Training International*. Assieme ai corsi paralleli per genitori, insegnanti e giovani esso si basa sul modello formativo ideato da Thomas Gordon, allievo di Carl Rogers, e diffuso in tutto il mondo dai suoi numerosi collaboratori.

Il corso si prefigge di sviluppare o migliorare la sensibilità e le competenze necessarie per affrontare con successo i complessi e molteplici aspetti della vita del volontario. Esso unisce la relazione, contribuendo a ridurre il malessere determinato da problemi di relazione e comunicazione.

A tal fine il corso valorizza la sensibilità e la tendenza formativa presente nelle persone e facilita filosofia umanistica di Carl Rogers con la riflessione pedagogica, la ricerca metodologica e le tecniche didattiche più avanzate, nella definizione di un modello formativo capace di massimizzare e ottimizzare la qualità della acquisizione delle competenze necessarie per risolvere i numerosi e complessi problemi di relazione e di comunicazione che possono insorgere. Tali abilità, una volta acquisite, facilitano realmente la soluzione dei problemi e progressivamente contribuiscono alla creazione di un clima sereno, salutare, soddisfacente e produttivo per tutti. Un ulteriore vantaggio è nella possibilità di trasferire tali capacità relazionali in altri contesti come la famiglia, il lavoro, le amicizie.

Ciò che distingue questo corso da numerose altre proposte formative è il suo obiettivo di unire il pregio della sistematicità e completezza a quello della relativa brevità del tempo di formazione, il tutto a costi facilmente accessibili.

Il corso è tenuto esclusivamente da persone formate ed autorizzate da *Gordon Training International*.

Principali obiettivi che il Corso si propone sono di:

- imparare a leggere il comportamento,
- riconoscere situazioni problematiche e capire "di chi è il problema",
- apprendere l'ascolto empatico,
- utilizzare in modo efficace il confronto e l'assertività,
- imparare ad usare un metodo democratico di "*Problem Solving*",
- imparare a promuovere la consapevolezza dei valori."

- le formazioni nella Svizzera Interna (non meglio precisate)
- le pediatrie del Cantone o della Svizzera, al momento di dover assumere delle cure specifiche per situazioni cliniche puntuali.

Si sottolinea comunque l'esigenza per un professionista di poter frequentare corsi di formazione continua, anche se non organizzati dal servizio stesso; si rileva inoltre che il sostegno finanziario del servizio è chiaramente un incentivo.

3.5 Situazione formativa attuale delle ICMP: formazione continua

Percezione

La formazione continua offerta *ad hoc* per le ICMP è stata apprezzata da chi l'ha frequentata. Nelle interviste si fa riferimento in particolare ai due corsi citati e cioè ai seguenti:

- corso "Prevenzione e cura dei disturbi psichici delle donne dopo il parto". Si osserva che nonostante il corso sia stato "ideato" ad indirizzo delle ICMP, dopo due corsi si registra la partecipazione di solo 4 ICMP (1 di ScuDo e 3 del SACD di Mendrisio);
- corso "Comunicazione metodo Gordon": ha invece riscosso una buona adesione.

L'offerta in formazione continua delle seguenti istanze, è ritenuta dagli intervistati:

- sufficiente in Ticino e Oltralpe
- carente (per alcuni) quella offerta dall'APSI (Associazione pediatri della Svizzera Italiana)
- limitata quella proposta dal Cantone
- quantitativamente scarsa quella promossa dagli stessi SACD (formazione interna).

Rispetto alla percezione secondo cui l'offerta in formazione continua del Cantone è limitata, si può osservare qui una non corrispondenza con l'offerta effettiva, poiché oltre al corso "Prevenzione e cura dei disturbi psichici delle donne dopo il parto", la SSFS offre corsi post diploma con l'ottenimento di certificati e diploma nell'ambito della specializzazione clinica (ci riferiamo in particolare al certificato di specialista clinico in area salute pubblica e al diploma di specialista clinico). Trattasi, in effetti, di un'offerta cantonale.

Si può pertanto ipotizzare l'esistenza di ostacoli alla formazione continua.

Gli ostacoli alla formazione evidenziati dagli intervistati sono i seguenti:

- l'assenza di massa critica, che rende difficile l'attivazione di formazioni *ad hoc*
- i costi: in questo senso non si ritiene pensabile generalizzare le formazioni per recuperare le abilità relative alle cure
- il non riconoscimento dei costi di trasferta per la formazione: spesso sono a carico della persona, anche se Oltralpe.

Questi inconvenienti sono in un certo senso bilanciati da alcuni aspetti ritenuti positivi ed evidenziati dai direttori dei SACD; in particolare qualcuno afferma che:

- le formazioni sono solitamente "leggere", non creano problemi organizzativi
- per la formazione continua le ICMP si gestiscono autonomamente e rendono conto direttamente alla direzione
- le ICMP sono in un certo qual modo privilegiate, poiché meno coinvolte dai pressanti e concomitanti cambiamenti che contraddistinguono le altre/gli altri colleghe/i dei SACD e che richiedono in questo momento di cambiamento sforzi molto impegnativi.

In riferimento a queste affermazioni e in modo particolare all'ultima, si può dire che le ICMP sono state anch'esse inevitabilmente, almeno alla pari, se non ancora più degli altri colleghi dei SACD, investite dai cambiamenti in atto, ed è particolarmente importante che

anch'esse si rendano consapevoli della necessità di rispondere alle aspettative e agli obiettivi previsti per il servizio di consulenza materno pediatrica dei SACD.

In relazione agli obiettivi dei SACD

Riprendiamo qui di seguito alcuni obiettivi, relativi al tema della formazione continua, definiti dalla pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2000 – 2003 e nel contesto del periodo di sperimentazione:

- *“sviluppare e valutare gli aspetti legati ai programmi di formazione permanente e a quelli di aggiornamento dell'ICMP. In modo più specifico, va anche valutata la formazione necessaria per raggiungere un'interazione efficace in seno all'équipe del SACD (valutazione e gestione comune dei casi);”*⁵⁸
- organizzare moduli di aggiornamento *ad hoc* per le ICMP (relativi allo sviluppo cognitivo, affettivo e sociale del bambino e della famiglia e alle possibili offerte esistenti sul territorio al fine di facilitare l'accesso all'utenza);
- organizzare moduli formativi specifici per l'implementazione e l'utilizzo di uno strumento di valutazione e di gestione della casistica relativa al settore della maternità e dell'infanzia TI-DOCC-MI, (nel 2000 nella regione pilota e nel 2001 negli altri comprensori).

Accanto a questi obiettivi, che hanno come oggetto la formazione continua, ve ne sono comunque altri che, si ritiene, sottintendono la necessità di un'azione formativa, in quanto si riferiscono ad attività che nei passati CPMP erano assenti o presenti solo in modo marginale. Si tratta dei seguenti:

- assumere attività di coordinamento, assistenza e cura al bambino
- cooperare con altri servizi o attori privati nell'ottica della prevenzione primaria presso le famiglie nella fase pre-natale (collaborazione con ginecologi e ostetriche)
- promuovere la salute presso gruppi di genitori/bambini
- adottare linee-guida per un intervento uniforme nei diversi servizi
- iniziare una riflessione sulla possibile collaborazione con la medicina scolastica.

L'obiettivo dello sviluppo e della valutazione degli aspetti legati ai programmi di formazione permanente e a quelli di aggiornamento delle ICMP e in modo più specifico la valutazione della formazione necessaria per raggiungere un'interazione efficace in seno all'équipe del SACD, è in qualche modo la sintesi di quanto si prevedeva a livello di formazione continua per le ICMP. Si sottolinea un aspetto importante, quello dell'integrazione nei SACD: si è dell'avviso che l'accento non vada messo tanto sull'interazione per la valutazione e la gestione dei casi in comune, che appare un aspetto a carattere tecnico-operativo (cfr. Cap. 4), ma sul significato di far parte di una nuova istituzione con finalità e obiettivi specifici anche differenti da quelli dei passati CPMP. Si tratta di un aspetto fondamentale, legato alla propria identità professionale, al mandato istituzionale e al proprio ruolo.

L'integrazione all'interno dei SACD dei servizi ICMP, gli obiettivi strategici previsti e l'evoluzione dell'assistenza in salute pubblica, necessitano di competenze che non sono esclusivamente legate alla clinica o ai singoli atti assistenziali, ma competenze più ampie nella gestione di progetti e di cambiamenti, nella ricerca a favore di un'assistenza di qualità, nella valutazione delle prestazioni e della loro qualità. Queste competenze sottintendono l'acquisizione o la riattualizzazione di abilità cliniche, sociali e comunicative, organizzative e di coordinamento, di *management* e informatiche, e di lavoro interdisciplinare e multiprofessionale.

⁵⁸ <http://www.ti.ch/DSS/DAS/SSEAS/temi/acd/serviziACDicmp/introduzione.htm>

Nella descrizione del mandato di prestazione si fa riferimento ad alcuni criteri di struttura, processo e risultato⁵⁹ a cui deve riferirsi - così come l'insieme delle prestazioni dei SACD - anche l'offerta dei servizi di consulenza materna e pediatrica. Tali auspici divengono significativi se utilizzati per valutare la qualità dell'assistenza erogata.

Attualmente non è più possibile sottrarsi a questo tipo di misurazione: nonostante i curanti possano risentirla molto distante ed estranea alla loro attività assistenziale, oggi è l'unico modo per dare visibilità alle differenti prestazioni, affinché possano essere, prima di tutto, riconosciute, e in seguito, analizzate nei loro esiti in funzione di un eventuale riorientamento a favore di una migliore qualità praticabile. L'introduzione dei contratti di prestazione anche in questo specifico settore dell'assistenza socio-sanitaria non fa che accentuarne le ragioni. È anche evidente che all'interno di un servizio, ossia all'interno dei SACD, non è immaginabile di agire secondo due *modus operandi* e due filosofie operative diverse: una secondo i nuovi orientamenti e l'altro secondo modalità non aggiornate.

Per essere assolta questa esigenza richiede che le persone aderiscano anche a questo modo di concepire l'assistenza e che poi possano operare in tal senso: ancora una volta sono necessarie conoscenze in relazione a come si valuta la qualità dell'assistenza e abilità nell'utilizzo dell'informatica in quanto l'analisi di una moltitudine di dati è possibile solo attraverso uno strumento informatico.

Uno strumento di valutazione e di gestione della casistica relativa al settore della maternità e dell'infanzia, il TI-DOCC-MI, esiste, o per meglio dire esisteva, visto che, dopo la sperimentazione, è stato abbandonato e praticamente caduto in disuso anche laddove è stato testato.

Rispetto all'obiettivo di organizzare moduli formativi specifici per l'implementazione e l'utilizzo dello strumento, nel *"Rapporto di sintesi, sperimentazione ultima fase"* del luglio 2001, si afferma che *"la messa a punto del TI-DOCC-MI è un obiettivo raggiunto completamente nell'ambito sperimentale"*⁶⁰. Ci si chiede quindi che ne è stato della formazione negli altri comprensori? Si osserva in particolare che nel Sopraceneri lo strumento non è stato implementato.

Si è potuto infine rilevare che presso le ICMP non è acquisita nemmeno la consapevolezza di quali siano le opportunità che la rilevazione di dati può offrire. La nostra indagine non è stata mirata ad evidenziare in che modo sia stato rilevato il bisogno di formazione e cosa poi si sia messo in atto per risponderci. Fatto sta che le ICMP e i loro collaboratori ritengono la formazione interna quantitativamente scarsa, e che numerosi sono ancora i bisogni di formazione presenti e quelli percepiti.

L'impressione è che, almeno per alcuni SACD, non ci sia una vera e propria strategia o progettualità formativa, ma che la formazione continua sia lasciata all'iniziativa personale. In un'intervista questo apprezzamento è stato esplicitato affermando che *"per la formazione continua le ICMP si gestiscono autonomamente e rendono conto direttamente alla direzione"*.

3.6 Bisogni formativi segnalati dalle ICMP e dai collaboratori

Per quanto il livello formativo delle ICMP sia ritenuto buono, dalle interviste ai direttori, ai capo équipe e alle ICMP, emergono i seguenti bisogni formativi, relativi a:

⁵⁹ Cfr. DSS/DAS, *Catalogo dei servizi e delle prestazioni, assistenza e cura a domicilio – prestazioni – consulenza materno-pediatrica*, IV-C / 3

⁶⁰ DOS/DAS/Sezione del sostegno a enti e a attività sociali, *Rapporto di sintesi, sperimentazione, ultima fase*, luglio 2001, allegato 1, pag. 2.

- i contenuti della consulenza: per il bambino (alimentazione del neonato e del bambino, sviluppo psicomotorio, cognitivo ed affettivo, in maniera più generale i bisogni del bambino soprattutto riferito ai bambini da 1 a 3 anni); per le madri nel periodo del puerperio
- le cure infermieristiche: conoscenze puntuali per assumersi casi particolari, più generali per affrontare il tema delle cure
- la consulenza (*counselling* in area materno pediatrica)
- il profilo dell'ICMP: un'équipe⁶¹ ritiene che, per assumere questa funzione, questo corso post diploma dovrebbe essere reso obbligatorio (le motivazioni non sono però chiare)
- la caratteristica multiculturale dell'utenza: interculturalità nella consulenza e nelle cure: colmare le difficoltà derivanti dall'incontro con altre etnie; è questo un bisogno espresso più volte e in più servizi, sebbene i dati sull'utenza non sembrano accentuare tale problematica, perlomeno per quanto riguarda la sua entità quantitativa (cfr. allegato A)
- i supporti informatici da eventualmente utilizzare: per esempio la cartella informatica
- gli aspetti mancanti nelle "vecchie formazioni in pediatria": un'équipe fa riferimento all'aggiornamento necessario di generiche conoscenze in ambito educativo, sociale e psicologico.

Un capo équipe segnala delle problematiche che potrebbero costituire altrettanti bisogni formativi; parla di:

- scarsa capacità delle ICMP di entrare in empatia sia con il resto dell'équipe, sia con la famiglia (nota attribuita a questa attitudine professionale: 3 su una scala da 1 a 10);
- scarsa capacità organizzativa e di razionalizzazione delle proprie attività da parte delle ICMP.

Molti dei bisogni formativi espressi si riferiscono a conoscenze che sono previste dal profilo dell'infermiera e in particolare dell'infermiera che opera in ambito materno-pediatrico: sembra di poter dire che queste conoscenze sono piuttosto da riattualizzare.

Altri bisogni, come per esempio l'utilizzo di supporti informatici, ma anche le conoscenze relative allo sviluppo psicomotorio, affettivo e cognitivo del bambino, al sostegno della madre nel periodo del puerperio e alle cure tecniche, sono considerati prerequisiti per accedere all'attuale formazione di specialista clinico in area materno-pediatrica, in quanto temi già affrontati nella formazione di base in cure generali. Anche qui si tratta piuttosto di riattualizzare queste conoscenze nel modo più opportuno.

Sollecitati a formulare delle proposte formative, i SACD segnalano infine le seguenti possibilità/opportunità:

- formazione specifica resa accessibile alle ICMP, a moduli
- formazione post diploma Mütter-Väterberatung obbligatoria
- formazioni *ad hoc* dopo indagine sui bisogni (direttori)
- momenti formativi a équipe riunite (Sopra- e Sottoceneri).

⁶¹ L'unica ad avere fra le proprie fila una persona con una formazione Mütter-Väterberatung

Qualcuno propone che a coordinare la formazione sia incaricata una persona per tutte le équipes pediatriche del Cantone (nel caso di un'ipotetica integrazione in un unico servizio cantonale).

In conclusione, mettendo a confronto i bisogni formativi dichiarati dai diretti interessati con quelli derivanti da obiettivi ed esigenze emergenti, si può affermare che, escluso qualche bisogno, la maggior parte di questi si situa a livello della professionalità clinica specifica, mentre altri livelli di competenze non sono identificati come necessità formative.

3.7 Proposte

L'obiettivo previsto dalla LACD di integrazione dell'équipe pediatriche nei SADC e il mandato assunto, abbisognano di un accompagnamento che sia anche formativo.

Se le persone sono chiamate a rispondere a nuove esigenze, se per affrontarle con successo è necessario lo sviluppo di nuove competenze, pur mantenendo invariato l'abituale carico di lavoro presso l'utenza, è opportuno mobilitare risorse di differente tipo. Si reputa che, accanto all'eventuale potenziamento quantitativo delle risorse umane, sia utile soprattutto un potenziamento delle competenze, a seguito di un'attenta valutazione dell'evoluzione delle modalità di erogazione delle prestazioni e delle necessità dell'utenza. Una coordinazione cantonale di quest'analisi è auspicabile visto che più esigenze formative sono condivise nei differenti SADC.

Se da un lato appare opportuno che le proposte siano strutturate a seguito di un'analisi del bisogno di formazione ed aggiornamento professionale, in base a quanto osservato è tuttavia possibile dare sin d'ora alcune indicazioni.

Per la riattualizzazione di alcune conoscenze potrebbe essere utile l'organizzazione di formazioni interne, aperte ai differenti servizi (visto l'esiguo numero di ICMP). Considerando il ritmo con il quale le informazioni sono superate, ancora più opportuno sarebbe sviluppare negli operatori delle attitudini alla ricerca di evidenze e raccomandazioni da utilizzare nell'assistenza, secondo l'approccio innovativo e sempre più diffuso in campo sanitario, delle *best evidence practices*. In questo senso l'essere capaci di utilizzare il supporto informatico è importante non solo per la gestione e la valutazione della casistica, ma anche per l'aggiornamento professionale (ricerca di documentazione presso banche dati aggiornate).

Per competenze relative alla gestione di progetti e di cambiamenti, alla ricerca delle evidenze, alla valutazione della qualità e altro ancora, in Ticino, la formazione di specialista clinico, livello certificato e livello diploma (offerta dalla SSFS), può sicuramente rispondere a molteplici esigenze formative e professionali. Le formazioni sono aperte a professionisti della salute, i contenuti si riferiscono costantemente alla realtà sanitaria. Inoltre, la struttura modulare dei corsi, dopo attento bilancio delle competenze e dei prerequisiti, permette alle persone interessate di inserirsi nei corsi in svolgimento per acquisire le competenze opportune.⁶²

Alcune considerazioni raccolte durante le interviste ci fanno comprendere che c'è ancora molta confusione sulla portata di queste formazioni che, in effetti, si differenziano in modo sostanziale dai "vecchi" corsi post diploma.

Altre istanze di formazione possono senz'altro essere utili al caso, come pure il corso post diploma Mütter-Väterberatung, offerto solo oltre Gottardo. I corsi post diploma offerti nel

⁶² Per una panoramica dell'offerta formativa della SSFS in quest'ambito, si rimanda al sito della scuola www.ssfs.ch.

resto della Svizzera che potrebbero rispondere in modo mirato a specifici bisogni, sono molteplici.

Questo potenziamento deve andare a sostegno dei capi équipe o delle ICMP? Probabilmente ai due livelli: un progetto o un cambiamento necessitano di essere prima pensati e poi agiti, mentre è opportuno mantenere un livello di comunicazione e scambio professionale facilitato dalle competenze tra le istanze preposte alla gestione e quelle operative.

CAPITOLO 4

L' INTEGRAZIONE DELLE ICMP NEI SACD

4.1 Premessa

In questo Capitolo si affronta il problema istituzionale ed organizzativo delle ICMP, ossia la pertinenza della loro appartenenza ai SACD. Il punto di partenza è costituito dall'assorbimento dei precedenti Consorzi profilattici materni e pediatrici (CPMP) nei nuovi Servizi di assistenza e cura a domicilio, previsto dalla nuova LACD ed effettivo a partire dal 1° gennaio 2000. In un primo paragrafo, al fine di valutarne l'integrazione, si richiamano le ragioni che a suo tempo hanno militato a favore di tale scelta.

Successivamente si valuterà la situazione attuale in base ad alcuni dati e in base ai risultati delle indagini svolte presso le stesse ICMP, le capo équipe ed i direttori dei SACD, nonché riportando quanto espresso dai partner dei servizi. In un ulteriore Capitolo, al fine di orientare con il supporto teorico i possibili scenari e modelli di definizione e ricollocamento istituzionale ed organizzativo dei servizi di consulenza materno-pediatrica, si richiamano per sommi capi le modalità operative che sono venute sviluppandosi negli ultimi anni nell'ambito dell'intervento pubblico e in particolare dei servizi socio-sanitari. Questo paragrafo prelude ad una valutazione delle alternative possibili, in base alla quale si determinano e si formulano, nell'ultimo paragrafo, alcune proposte d'indirizzo.

4.2 Gli obiettivi dell'integrazione

Nel Messaggio del Consiglio di Stato concernente il potenziamento e la ristrutturazione dei servizi di assistenza e cura a domicilio, del 31 agosto 1994, si può leggere quanto segue:

“Nel 1964, in applicazione della Legge per la protezione della maternità, dell' infanzia, della fanciullezza e dell' adolescenza, del 15 gennaio 1963, vennero istituiti i poliambulatori materni e pediatrici. Tutti i Comuni aderirono a questo servizio, attraverso la costituzione di tre consorzi indipendenti: Luganese, Bellinzonese e Locarnese. Si tratta di servizi infermieristici gratuiti a scopo preventivo ed educativo, destinati alle madri e ai bambini in età prescolare. Lo sviluppo di questi servizi non permette però attualmente di seguire a domicilio i bambini oltre il primo anno di vita.”⁶³

All' inizio degli anni '70 (il primo nel 1969) vennero creati i servizi di aiuto domiciliare, con lo scopo di portare aiuto alle famiglie con bambini in caso di assenza, malattia, o decesso della madre.”

A partire da una situazione di fatto, per cui si sono venuti a creare servizi diversi, ognuno dei quali rischiava di coprire, perlomeno potenzialmente e parzialmente, un'area

⁶³ Consiglio di Stato DOS/DI, *Messaggio del Consiglio di Stato concernente il potenziamento e la ristrutturazione dei servizi di assistenza e cura a domicilio, nonché una nuova modalità di ripartizione degli oneri e delle competenze tra il Cantone e i Comuni nei campi degli ospedali pubblici (EOC), degli istituti per anziani (CPA) e dei servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD), in risposta all'iniziativa parlamentare 18 dicembre 1988 presentata nella forma generica dall'on. Carlo Donadini per il gruppo PPD, 31 agosto 1994 pag. 14-15.*

d'intervento peculiare anche all'altro servizio, si è posto il problema dell'integrazione dei CPMP nei servizi di aiuto domiciliare. Per citare ancora il messaggio in questione:

*“Una sola struttura pubblica deputata ad intervenire a domicilio e a coordinare l'intervento pubblico e privato a domicilio con quello nelle istituzioni è la miglior base di partenza per un approccio globale nell'assistenza e cura a domicilio; il mantenere più servizi autonomi operanti a domicilio ostacolerebbe quest'approccio globale e rischierebbe di creare dei doppioni degli interventi.”*⁶⁴

4.2.1 Gli obiettivi del legislatore

Tra gli obiettivi che si era posto il legislatore con la “riforma” entrata in vigore nel 2000 c'era anche quello dell'integrazione nei SACD dei CPMP; questo obiettivo era stato formulato nel modo seguente:

“Nel 1984 il Consiglio di Stato istituì un apposito Gruppo di lavoro con il mandato di studiare le possibilità di ristrutturazione del Servizio di aiuto domiciliare in funzione dell'integrazione tra Consorzi profilattici, materni e pediatrici e Consorzi di aiuto domiciliare. Il rapporto presentato nel novembre 1984 appoggiava la fusione dei servizi profilattico, materno e pediatrico e di aiuto domiciliare in un'unica struttura che facesse riferimento al modello definito come équipe polivalente di base (infermiere, aiuto familiari e assistenti sociali) e improntato alla collaborazione con altri servizi pubblici e privati. Veniva inoltre sottolineata l'opportunità di un'accentuazione degli aspetti preventivi, specie nel settore della prima infanzia e dell'intervento nelle famiglie, proposto di passare dai 3 comprensori di allora a 7 e infine auspicata l'estensione dell'attività dell'infermiera pediatrica ai bambini con un'età superiore ad un anno.

Il rapporto sull'assistenza e cura a domicilio del dicembre 1993 e l'allegato progetto di legge all'indirizzo del Parlamento e degli iniziativaisti Spitem proponeva anch'esso lo scioglimento dei Consorzi profilattici, materni e pediatrici e la loro integrazione nei futuri SACD. Questo a seguito del postulato contenuto nell'iniziativa popolare stessa che chiedeva "il potenziamento dei servizi sul territorio di cura e aiuto a domicilio allargandone i settori di intervento in modo da rispondere ai bisogni di tutte le fasce d'età della popolazione" e di conseguenza che i nuovi servizi assumessero i "compiti di intervento territoriale oggi previsti da altre leggi". La richiesta di integrazione degli attuali poliambulatori nei nuovi servizi domiciliari poggia però anche su considerazioni a più ampio respiro che vengono qui riassunte.

Per quanto attiene all'integrazione si noti come la specificità dell'intervento resti immutata: l'équipe sarà polivalente in quanto composta da più figure professionali, per cui alle infermiere pediatriche verranno affidati i compiti di prevenzione generale attualmente assunti dai poliambulatori profilattici, materni e pediatrici e parte di quegli interventi dei SACD rivolti a economie domestiche nelle quali sono presenti bambini in età prescolastica.

La capillarità del servizio di prevenzione generale, rivolto a tutte le famiglie e non solo ai casi nei quali si constata una necessità di intervento, non diminuirà: oltre alle sedi esistenti dei poliambulatori si potrà far capo alle previste 17 unità operative con 17 sedi e ca. 16 sottosedì.

Questo servizio particolare resterà comunque gratuito: l'unica eccezione prevista in un servizio di assistenza e cura a domicilio che per il resto è tenuto a prelevare un contributo dagli utenti per ogni prestazione.

⁶⁴ Ibidem, pag. 41.

La struttura proposta in questo Messaggio prevede l' istituzione di un ufficio cantonale preposto - con la collaborazione dei direttori degli 8 comprensori - alla pianificazione, al coordinamento con altri settori e alla promozione della collaborazione tra gli enti sussidiati. L' analisi dei bisogni specifici della fascia della prima infanzia e l' allestimento di una risposta efficiente avverrà dunque all' interno di una coordinazione ben più ampia di quella odierna.

Negli scenari contenuti nel rapporto "Assistenza e cura a domicilio" del dicembre 1993 si è aumentato - partendo dallo status quo - l' organico di infermiere pediatriche in base all' aumento globale previsto della popolazione. Per ovvi motivi di non-prevedibilità non si è tenuto conto di eventuali variazioni nei tassi di natalità, ma non si è neppure prospettata un'estensione dei compiti o un aumento dell'intensità della presa a carico. Se si volesse utilizzare la riforma strutturale proposta per adeguare le prestazioni offerte dagli attuali poliambulatori profilattici, materni e pediatrici (che ad esempio si ritrovano - per motivi di organico - a dover annullare salvo eccezioni le prestazioni dopo i dodici mesi di vita del bambino) all'evoluzione sociodemografica in atto bisognerebbe dunque preventivare un aumento dell'organico da considerarsi non tanto come un potenziamento quanto come un recupero rispetto ad una sottodotazione effettiva.

L' inserimento dei poliambulatori profilattici, materni e pediatrici nei servizi di assistenza e cura a domicilio permette dunque di migliorare qualitativamente il servizio attualmente offerto alla popolazione e di integrare in una struttura più organica la delicata opera di prevenzione da svolgersi - secondo la Legge per la protezione della maternità, dell' infanzia, della fanciullezza e dell' adolescenza - nella fascia di età prescolastica, dando così al contempo un più ampio ed adeguato riconoscimento del ruolo e della funzione delle infermiere pediatriche e valorizzandone le potenzialità.

Si noti infine come i SACD diventeranno la struttura di riferimento per la popolazione per tutti i problemi che possono venir risolti senza un collocamento in un' istituzione. Le infermiere pediatriche saranno - grazie al fatto che contattano la stragrande maggioranza dei nuclei familiari nei quali avviene una nascita - le persone attraverso le quali la popolazione potrà diventare maggiormente cosciente dell'esistenza di un tale servizio, deputato ad intervenire a domicilio ma soprattutto ad informare su altre risorse presenti sul territorio ed eventualmente ad attivarle.

La Commissione consultiva e di vigilanza per la maternità, l' infanzia e l' adolescenza si è espressa favorevolmente sulla proposta di integrazione dei poliambulatori profilattici, materni e pediatrici in futuri SACD.”⁶⁵

4.2.2 Gli obiettivi operativi

È interessante osservare che nel citato Messaggio del 1994 concernente il potenziamento e la ristrutturazione dei servizi di assistenza a domicilio non era evocato soltanto un generico obiettivo d'integrazione dei precedenti consorzi, ma erano formulati anche degli obiettivi più specifici. Si può infatti leggere quanto segue:

“Nessuna categoria professionale e nessun servizio sono in grado di soddisfare globalmente i bisogni degli utenti. Tuttavia la molteplicità degli organismi, la diversità delle zone d'intervento, la specificità dei compiti, la diversa formazione degli operatori, i principi etici delle varie associazioni, rendono necessaria la ricerca di complementarietà e di azione concertata.

Un punto di partenza importante è l' adozione di alcuni obiettivi prioritari:

- permettere la libera scelta del luogo di vita, anche per chi si trova in stato di dipendenza

⁶⁵ Ibidem, pag. 41-42.

- mantenere l' autonomia o alleggerire la dipendenza offrendo servizi diversificati
- evitare l' emarginazione, valorizzando i legami con l' ambiente (abitudini, tradizioni, cultura) e stimolando l' appartenenza a una comunità (attività culturali, ricreative, religiose, centri diurni)
- mobilitare le risorse ambientali e familiari assicurando nel contempo un sostegno effettivo ai familiari o conoscenti che si occupano di una persona dipendente.

Nell' intento di ovviare al frazionamento dei servizi è necessario:

- integrare a servizi già esistenti eventuali prestazioni dovute a nuovi bisogni
- promuovere la collaborazione di servizi che concorrono a uno stesso scopo, al fine di migliorare l' uso di mezzi materiali e umani
- mantenere un legame organico fra servizi stazionari, d' appoggio e domiciliari che determinano, in momenti diversi, l' itinerario degli utenti
- favorire l' accesso ai servizi di terapia già esistenti all' interno degli istituti
- descrivere i compiti e le prestazioni dei diversi servizi in modo comprensibile per gli utenti
- tener conto delle specificità delle zone d' intervento.

L' operatore viene chiamato ad intervenire secondo la propria professione o il proprio servizio. Il pericolo è quello di considerare l'utente come malato, come beneficiario di prestazioni, come individuo in difficoltà psicologica, con il rischio di una visione particolaristica.

Per passare dagli interventi multipli a un intervento interdisciplinare è fondamentale:

- una corretta valutazione della situazione dell' utente al fine di dare una risposta personalizzata sulla base di un piano di intervento attendibile
- l' incontro e la concertazione fra operatori che intervengono in una stessa situazione
- il riconoscimento dell' intervento degli altri operatori e una buona conoscenza degli altri servizi
- la raccolta coordinata di dati che permettano l' elaborazione di statistiche attendibili
- la descrizione del ruolo e la definizione dei compiti dei singoli operatori.

*La coerenza degli interventi è obiettivo da verificare costantemente.*⁶⁶

Come si evince dalle precedenti indicazioni e definizioni di obiettivi, la ristrutturazione dell'assistenza a domicilio non rappresentava allora soltanto una riforma formale o istituzionale, ma ambiva a conferire all'intero settore dell'assistenza e cura a domicilio, un nuovo *modus operandi*, aggiornato e funzionale ad una migliore gestione del sistema sanitario nel suo insieme. L'integrazione dei CPMP nei SACD rientrava in tale disegno.

4.3 Le valutazioni intermedie

L' "entità" operativa delle ICMP rispetto all' "entità" operativa dei SACD evidenzia il relativo isolamento organico, dato dalla specificità e dal volume degli interventi.

Il *Rapporto di valutazione della sperimentazione e del primo anno e mezzo di attuazione della LACD e della pianificazione*, del dicembre 2001, rilevava per tutta una serie di indicatori (di efficacia, di efficienza, di disponibilità/accessibilità) associati alle ICMP non poche difficoltà di raccolta dei dati. Per quasi tutti gli indicatori considerati non era possibile in quel momento formulare delle valutazioni di tendenza o delle interpretazioni attendibili. L'unico indicatore al quale era stato possibile attribuire un certo significato era quello relativo alle "Consulenti materne e pediatriche che hanno seguito corsi o in

⁶⁶ Ibidem, pag. 45-46.

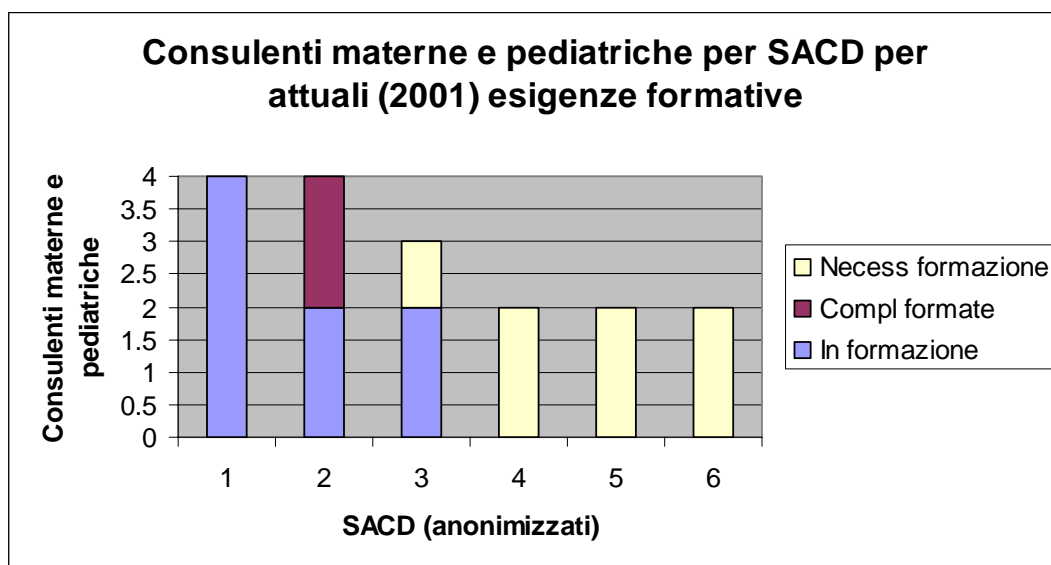
aggiornamento” (*CmpAg*): indicatore di efficacia, formulato specificamente in relazione al corrispondente obiettivo pianificatorio e per il quale era pure stata richiesta una valutazione da parte dei capi-équipe (necessità formative).

I risultati sono riassunti nel seguente commento:

“Una delle innovazioni più rilevanti nell’organizzazione e nel servizio erogato è l’inserimento nelle équipes delle consulenti materne e pediatriche. Tale innovazione e il nuovo modus operandi richiesto (lavoro in équipe multidisciplinare) necessitano naturalmente di un impegno formativo di cui i servizi sono consapevoli, ma cui sovente non si è potuto ancora rispondere. Ciò si deve non solo all’impegno notevole costituito dal lavoro quotidiano degli operatori, ma anche al ridotto tempo trascorso dall’effettiva introduzione di queste modifiche organizzative. Al di là di queste considerazioni, non riteniamo che le domande poste ai capo-équipe siano state sufficienti a rilevare con chiarezza queste variabili, anche se appare effettivamente in posizione migliore proprio l’area test⁶⁷, grazie anche agli interventi appositi predisposti nell’ambito della sperimentazione. Chiaramente sono indietro, invece, i SACD in cui le consulenti materne e pediatriche sono state inserite in équipe solo molto recentemente.”⁶⁸

Il rapporto riportava pure un grafico che illustrava il livello di formazione delle ICMP, così come giudicato dai relativi capi-équipe, dal quale risultavano in particolare soltanto 2 operatrici ritenute già completamente formate (occupate in un solo SACD), 8 operatrici in formazione e 7 operatrici ritenute “necessitanti” di una formazione.

Grafico 1: Consulenti materne e pediatriche per SACD per attuali (2001) esigenze formative



Fonte: SUPSI/DLS, *Rapporto di valutazione della sperimentazione e del primo anno e mezzo di attuazione della LACD e della pianificazione*, dicembre 2001, p. 58

La difficoltà per le operatrici di abbinare al cambiamento un’occasione formativa adeguata è pure emersa dalle interviste alle capo-équipe.⁶⁹

Nel successivo *Rapporto di valutazione dell’applicazione della LACD durante il 1° quadriennio*, la valutazione dell’integrazione dei consorzi profilattici, materni e pediatrici nei SACD è stata oggetto di uno specifico paragrafo.⁷⁰ Di seguito, per completezza, si

⁶⁷ Ossia il Mendrisiotto e Basso Ceresio.

⁶⁸ SUPSI/DLS, *Rapporto di valutazione della sperimentazione e del primo anno e mezzo di attuazione della LACD e della pianificazione*, dicembre 2001, pag. 57.

⁶⁹ Cfr. ibidem, pag. 72

⁷⁰ Cfr. SUPSI, *LACD 2000 – 2003, Rapporto di valutazione dell’applicazione della legge sull’assistenza e cura a domicilio durante il 1° quadriennio*, Manno, febbraio 2005, par. 4.2.4, pag. 41-43).

riprendono le considerazioni dello stesso, ad eccezione della tabella ivi riportata (Tabella 12: Principali indicatori dei CPMP) alla quale si rinvia.

“La LACD ha determinato l’integrazione dei Consorzi profilattici, materni e pediatrici (CPMP), o “poliambulatori profilattici materni e pediatrici”, nei Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD). I CPMP erano disciplinati dagli articoli 3, 12, 13 e 24 della LMI e dal Regolamento concernente l’istituzione dei poliambulatori del 20 giugno 1963. Il servizio era gestito da 3 consorzi: Consorzio profilattico materno e pediatrico del Sottoceneri, Consorzio profilattico materno e pediatrico Locarno e Valle Maggia e Consorzio profilattico materno e pediatrico Bellinzonese e Regione delle Tre Valli (con Moesano), a cui aderivano tutti i comuni del Cantone. Ciascun servizio consortile possedeva una o due sedi e più sottosedì per un totale di 21 ambulatori. In ciascun servizio operavano più infermiere pediatriche.

Per quanto concerne il tipo di attività svolta, la prestazione principale consisteva nell’offerta di consulenza per prevenire o affrontare problemi concernenti la salute psico-fisica del bambino (alimentazione, nozioni di puericultura, controllo della crescita e dell’evoluzione psico-motoria, disturbi comportamentali, problemi educativi). Oltre all’attività di consulenza, il servizio offriva prestazioni sanitarie per consentire il mantenimento a domicilio dei bambini malati o prestazioni d’appoggio per favorire il reinserimento a domicilio di bambini ricoverati in istituti sociali.

Il personale curante (infermiere) è passato dalle 8.42 unità di lavoro a tempo pieno del 1994 alle 8.83 unità del 1999. Nel 1998 le unità erano 8.65. Tuttavia, le misure di contenimento promosse nel 1999 hanno permesso di diminuire l’ammontare dei salari delle infermiere facendo diminuire anche i costi totali. Nel 1996 un’analogha diminuzione dei salari delle infermiere era stata ottenuta tramite una diminuzione delle unità di lavoro da 8.78 nel 1995 a 8.44 unità nel 1996.

L’aumento di altre voci di spesa non ha però impedito un aumento dei costi totali. I dati in gioco sono in ogni modo contenuti: i consuntivi dei consorzi danno conto di un totale di costi d’esercizio di franchi 954'553.00 per il 1999 di cui tre quarti sotto forma di salari. Il disavanzo era di CHF 951'679.35 di cui franchi 533'525.00 a carico dei Comuni. Il Rapporto della Commissione consultiva e di vigilanza per la maternità, l’infanzia e l’adolescenza in merito al progetto di inserimento dei poliambulatori profilattici materni e pediatrici nell’ambito del servizio “assistenza e cura a domicilio”, del 15 giugno 1994, annotava che le infermiere pediatriche offrono consulenza sanitaria gratuita in ambulatorio e a domicilio ai genitori con bambini da 0 a 1 anno, nonostante l’articolo 3 della legge estenda il diritto alle prestazioni alle gestanti e ai genitori, per sé e per i bambini in età prescolastica.

Lo stesso Rapporto aggiungeva: “Preme sottolineare che rispetto a quanto previsto dall’articolo 3 della legge, si assiste ad un sensibile restringimento della fascia d’età dei bambini ammessi ad usufruire del servizio, dovuto ad una cronica sottodotazione di organico del servizio stesso.” Ciononostante, la Commissione riteneva che i poliambulatori svolgessero in modo egregio compiti di importanza primaria per le famiglie.

Purtroppo non è possibile analizzare la consulenza materno-pediatrica a partire dal 2000 alla luce dei pochi dati disponibili. Nelle pagine seguenti ci limitiamo perciò ad alcune informazioni frammentarie e generali.

Nel 2004 i SACD contavano 11.7 unità di lavoro a tempo pieno di infermiere pediatriche [nota: dato comunicato direttamente dalla SSEAS], contro 8.83 nel 1999. Vi sono naturalmente differenze tra i singoli SACD. Globalmente, però, non sembra che la “cronica” sottodotazione di infermiere pediatriche sia stata completamente colmata. Anche l’inclusione dei costi dei CPMP nei costi totali dei SAD fa scendere l’aumento percentuale

dei costi tra il 1999 ed il 2000 dal 9.78% al 5.2%. I costi totali dei SACD sono aumentati del 5.2% rispetto ai costi totali dei SAD inclusivi dei costi totali dei CPMP.

Il fatto che il servizio ripreso dai poliambulatori profilattici, materni e pediatrici sia rimasto gratuito, a fronte degli altri servizi di assistenza e cura a domicilio che sono tenuti a prelevare un contributo dagli utenti per ogni prestazione, ha forse inciso negativamente sul suo sviluppo, in un quadro generale volto ad incoraggiare la redditività. Un servizio che non si può fatturare di solito è erogato con maggiore parsimonia. Purtroppo, però, non esiste nessuna evidenza statistica a conferma di ciò. L'unico "appiglio" di cui disponiamo è la statistica dell'evoluzione dell'attività del Servizio di consulenza "Genitori e bambino" 1998-2003 dell'ALVAD che, per gli anni 1998 e 1999, si rifà ai dati del CPMP Locarno e Vallemaggia i quali coincidono con quelli riportati nella tabella precedente.

L'informazione che si rivela utile nel nostro caso è l'indice di utilizzo del servizio di consulenza "Genitori e bambino", vale a dire la percentuale dei nuovi casi (le nascite segnalate) rispetto al totale delle nascite. Questo indice è chiaramente diminuito nel 2001 e nel 2002, mentre nel 2003 è salito senza peraltro raggiungere il livello raggiunto prima del 2000.

Indice di utilizzo del servizio di consulenza "Genitori e bambino", Locarno e Vallemaggia, 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nascite	594	557	534	519	570	500
Nuovi casi	434	387	375	300	306	311
Indice di utilizzo	73.06%	69.48%	70.22%	57.80%	53.68%	62.20%

Fonte: ALVAD, Statistiche 2003

Lo stesso indice di utilizzo calcolato per il comprensorio che fa capo a MAGGIO mostra una relativa stabilità tra il 2000 e il 2003, anni per i quali si dispone delle necessarie informazioni statistiche [nota: MAGGIO, Rapporto d'attività 2003]. Mediamente i due terzi dei bambini nati nel comprensorio sono visti e seguiti dal SACD del Malcantone e Vedeggio. Anche il numero dei bambini seguiti rimane costante e rappresenta un quarto della popolazione inferiore ai 5 anni di età.

Queste informazioni inducono a formulare l'ipotesi che globalmente l'integrazione dei CPMP nei SACD non è interamente compiuta.⁷¹

Le valutazioni sopra riprese sono completate dalle indicazioni scaturite dall'indagine effettuate nell'ambito della presente valutazione.

4.4 I risultati dell'indagine

Un primo elemento di valutazione della situazione attuale è stato raccolto grazie alle interviste ai direttori, capi-équipe ed alle operatrici dei servizi.

Attualmente, in generale, si riferisce di un certo miglioramento della collaborazione fra ICMP, CE e direzioni, rispetto alla situazione immediatamente successiva all'integrazione nei SACD. Da questo punto di vista, la valutazione dell'integrazione riguarda sia gli aspetti amministrativi, sia quelli operativi (collaborazione interna).

⁷¹ Ibidem, pag. 41-43

4.4.1 L'integrazione amministrativa

In generale l'integrazione amministrativa è ritenuta buona; per alcune persone intervistate l'integrazione è solo di tipo amministrativo e non esiste dal punto di vista operativo, ritenuta praticamente inesistente. Il livello d'integrazione amministrativa è dunque il meno problematico; diversa invece è la valutazione concernente l'integrazione operativa.

4.4.2 L'integrazione operativa (collaborazione interna)

Le interviste permettono di cogliere una certa "distanza" tra l'operato dei differenti professionisti dei SACD e le ICMP; di fatto, sono rare le occasioni che necessitano di una collaborazione operativa.

A tutti i livelli, questa collaborazione è unicamente identificata con quei rari casi di segnalazione per l'attivazione delle AF, e altrettanto rari sono i casi di prestazioni di cure presso l'utenza pediatrica (per le ICMP che in assoluto non effettuano prestazioni di cura). In generale, dunque, le ICMP agiscono come un'équipe "isolata", a sé, e sono autonome per quanto riguarda l'assunzione del caso, l'organizzazione degli interventi e l'erogazione delle prestazioni.

Da più parti si ribadisce che le attività delle ICMP sono completamente diverse dalle attività del resto dell'équipe poiché le caratteristiche dell'utenza ed i bisogni sono differenti. Qualcuno fa però notare che le prestazioni offerte hanno finalità molto simili, ma con una differente distribuzione fra promozione/prevenzione e cure: meno cure e più consulenza presso l'utenza materno pediatrica, più cure e meno consulenza per l'utenza adulta. In questo senso, una collaborazione ulteriore non si giustificerebbe.

Una parte dei direttori afferma anche che per le ICMP è importante far parte del servizio, poiché possono trovare nelle CE un punto di riferimento per il confronto e per esternare le proprie problematiche. Questi incontri dovrebbero avvenire al di fuori delle riunioni d'équipe, poiché in queste sedi raramente si discutono problematiche di loro pertinenza. In generale, per altri direttori, per le CE e per le ICMP, visto che i casi non richiedono incontri, i rapporti sarebbero esclusivamente di natura amministrativa, e non ci sarebbero particolari momenti di condivisione.

I momenti di condivisione, per contro, ci sono fra le stesse ICMP. Un'équipe di ICMP, richiamando l'importanza dell'autorevolezza del capo équipe, fa notare come il confronto sia utile a condizione che siano presenti le competenze per comprendere bisogni e problemi specifici.

Sono presenti ancora sentimenti di estraneità nei confronti dell'integrazione e di isolamento dall'équipe SACD. Si registrano raramente problemi legati al riconoscimento dei differenti ruoli e di passaggio d'informazioni fra équipe e ICMP e viceversa. In un caso, si afferma che è impossibile e senza senso integrare completamente le ICMP nell'équipe dei SACD, poiché le operatrici avrebbero difficoltà ad adattarsi alle esigenze organizzative dei servizi.

Infine, è opinione di un'équipe che nemmeno nella popolazione c'è l'identificazione delle ICMP con i SACD.

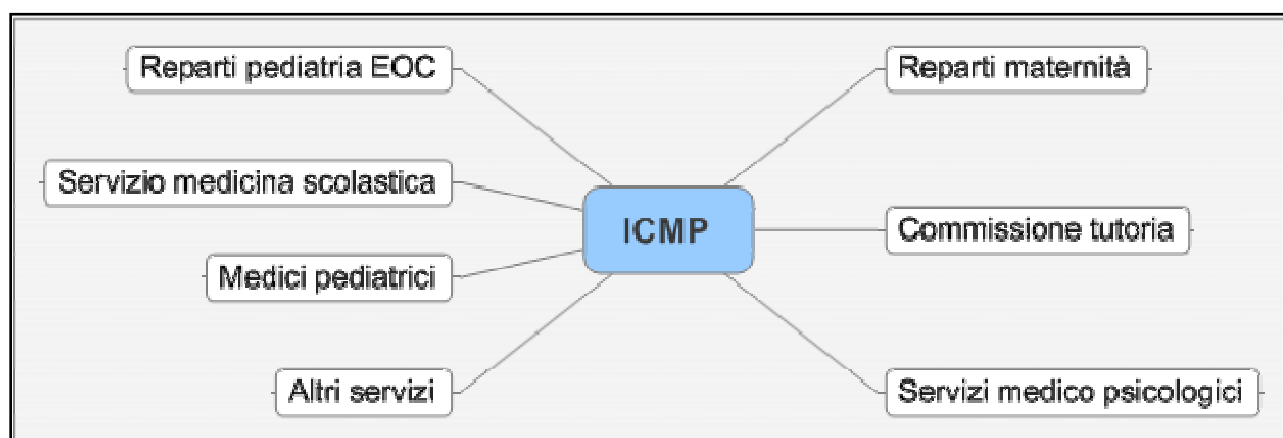
4.5 L'integrazione delle ICMP nella rete socio sanitaria del Cantone

4.5.1 La percezione della collaborazione esterna da parte dei SACD

Dalle informazioni raccolte presso i SACD risulta che, in generale, la collaborazione delle ICMP con l'esterno è ritenuta – soggettivamente – buona. Emerge tuttavia in modo rilevante come le relazioni tra ICMP e altre istanze siano quasi tutte basate su rapporti informali ed in alcuni casi persino fondate sulla presenza o meno di rapporti interpersonali che favoriscono – oppure ostacolano – una buona collaborazione. Sono poche, per contro, le situazioni dove sono definite delle procedure di collaborazione che includano ad esempio i criteri o le modalità di attivazione.

La “rete” delle possibili collaborazioni esterne delle ICMP dei SACD può essere rappresentata dalla seguente figura:

Figura 3 : rappresentazione di “rete” delle possibili collaborazione delle ICMP.



Le collaborazioni con queste istanze sono valutate in modo variegato. In particolare, sono evidenziate le seguenti problematiche. Dalle informazioni raccolte, emerge in modo chiaro la vastità delle relazioni esistenti tra le ICMP ed il contesto socio sanitario, sebbene non ne esista una lista esaustiva. Tuttavia, data l'assenza di informazioni oggettive che permettano di identificare la provenienza delle richieste di intervento delle ICMP, così come di attivazione di altri servizi da parte di esse, è estremamente complicato se non impossibile capire la collocazione ed il ruolo delle ICMP all'interno della rete socio sanitaria cantonale.

La seguente tabella offre una panoramica delle collaborazioni con i servizi o le istituzioni presenti sul territorio e l'identificazione delle principali problematiche emerse, sia attraverso l'indagine “interna” (interviste), sia attraverso l'inchiesta presso gli operatori, i servizi o le istituzioni “partner” interessate.

Tabella 9: collaborazioni con i servizi o le istituzioni presenti sul territorio e identificazione delle principali problematiche emerse

Servizio/istituzione	Problematiche	
	<p>Osservazioni dei SACD / ICMP</p>	<p>Osservazioni dei servizi (inchiesta)</p>
<p>Reparti di maternità Ospedali EOC</p>	<p>La collaborazione risulta positiva per quanto riguarda le relazioni interpersonali, mentre si segnalano dei cambiamenti importanti legati all'interruzione delle segnalazioni delle nuove nascite dalle maternità alle ICMP (problema di protezione dei dati personali?). L'unico momento di contatto resta la presentazione settimanale del servizio all'interno delle maternità. Questa problematica è stata affrontata all'OBV, chiedendo alle neomamme l'accordo di segnalazione della nascita alle ICMP</p>	<p>Globalmente il parere è positivo. In termini quantitativi Il rapporto di cooperazione con le ICMP è considerato da buono a molto buono.</p> <p>Da un punto di vista qualitativo vengono ritenute importanti le visite che le ICMP effettuano presso i servizi di maternità</p> <p>Dalle risposte ottenute si percepisce che le ICMP sono riconosciute esclusivamente per le loro attività di consulenza, i reparti di maternità non sono a conoscenza del loro ruolo nelle cure.</p>
<p>Reparti di maternità Cliniche private</p>	<p>Non si segnalano problematiche, la comunicazione delle nuove nascite avviene regolarmente</p>	<p>Vedi sopra</p>
<p>Reparti di pediatria Ospedali EOC</p>	<p>La collaborazione è ritenuta generalmente buona, benché le ICMP ritengano sia opportuno definire con maggiore precisione le situazioni dove è necessario richiedere il loro intervento in previsione della dimissione del bambino. Si segnala una situazione di "interferenza" (in termini sia organizzativi, sia di contenuto scientifico) da parte delle operatrici della Lega Leche, nell'ambito dell'informazione sull'allattamento e la nutrizione del bambino</p>	<p>La relazione tra le attività delle ICMP e quelle dei servizi di pediatria risulta marcatamente meno significativa rispetto ai corrispettivi servizi di maternità. La conoscenza delle attività delle ICMP è scarsa e in due situazioni è persino assente (primari di chirurgia pediatrica). Le osservazioni riguardano essenzialmente il livello di responsabilità e l'autonomia nella presa a carico delle cure dei bambini dove, in particolare i medici, ritengono importante mantenere la supervisione sull'offerta.</p> <p>Dalle risposte ottenute si percepisce una certa apertura e disponibilità da parte dei medici e delle équipes che permetta alle ICMP di avere una maggiore presenza anche in merito alla cure. Affinché il tutto possa essere sviluppato sarà necessario definire con molta precisione i rispettivi campi di applicazione, di autonomia e responsabilità.</p>
<p>Pediatri (studio medico)</p>	<p>La collaborazione con i pediatri varia molto a dipendenza delle persone e può ritenersi positiva per alcuni casi, ma anche molto negativa per altri. La percezione delle ICMP è che il pediatra consideri l'infermiera una possibile concorrente, che sottrae lavoro al pediatra. Il sistema di remunerazione del pediatra, si rileva, rischia di incitare il medico a fornire determinate prestazioni, che vengono retribuite dell'assicurazione malattia, mentre le stesse potrebbero essere fornite gratuitamente dalle ICMP</p>	<p>Osservazioni integrate al punto sopra</p>

Levatrici (libero esercizio)	Anche per quanto riguarda la collaborazione con le levatrici, vale il discorso fatto per i pediatri; in particolare, si segnala la presenza di levatrici che continuano l'attività di prevenzione anche dopo l'assistenza nella fase post-parto. Inoltre, su prescrizione medica, possono vedersi remunerate le loro prestazioni da parte delle casse malati	Da parte del gruppo di levatrici emerge una buona conoscenza delle prestazioni che vengono offerte dalle ICMP e globalmente la collaborazione è ritenuta positiva. Vengono segnalate situazioni dove il ruolo tra la levatrice e le ICMP nella presa a carico della paziente non è ben definito, ciò che comporta una sovrapposizione di attività e rischi di generare incongruenza in merito alla continuità e all'efficacia delle cure. La "doppia formazione" di alcune levatrici (sia levatrici sia inf. pediatriche) le porta automaticamente ad offrire una presa a carico che si orienta sia alla mamma ma anche al bambino
Servizio medico-psicologico (SMP)	Generalmente la collaborazione è ritenuta buona	Nell'ambito dell'inchiesta abbiamo ottenuto unicamente il parere del SMP di Coldrerio. La collaborazione con le ICMP è ritenuta buona considerando però che la presa a carico delle ICMP risponde solo parzialmente ai bisogni dei pazienti
Commissione tutoria Regionale (CRT)	I casi gestiti in comune tra ICMP e CRT sono abbastanza frequenti. Si segnala un'importante problematica legata al ruolo che devono rivestire le ICMP, ed in particolare l'incongruenza tra il ruolo di prevenzione/informazione – assunto per mandato dalle ICMP – e quello di vigilanza – richiesto dalla tutoria. Per alcuni casi, si segnala inoltre una certa lentezza da parte della CTR nel prendere provvedimenti in tempi corti (per bisogni urgenti). Ciò obbliga, dal punto di vista della responsabilità professionale, ma anche da quello umano, le ICMP ad assumersi compiti che potrebbero in determinate situazioni prevaricare il loro abituale campo di competenza	
Servizio medicina scolastica	Non si segnalano collaborazioni.	Non si segnalano collaborazioni, il motivo sembra essere la differente fascia d'età dell'utenza a cui si orientano i servizi (0 – 3 anni i SCMP; > 3 anni il SMS)

4.5.2 La percezione della collaborazione esterna da parte dei servizi

I risultati emersi dal questionario informativo sottoposto ai diversi servizi sono riportati integralmente nell'allegato B.

Globalmente, si può affermare che le prestazioni erogate dalle ICMP sono conosciute dalla maggior parte dei servizi o strutture del settore socio-sanitario cantonale interpellate nell'indagine. Resta presente, tuttavia, una certa opacità nell'identificare con precisione il loro ruolo, in particolare quando si fa riferimento ad attività non in relazione con la consulenza. Alcune lacune sono rilevate dal corpo medico, mentre da segnalare il fatto che due medici primari ospedalieri non hanno nessuna informazione in merito all'esistenza delle ICMP. Questa osservazione merita un'attenta considerazione riguardo al ruolo professionale delle ICMP e della loro visibilità ed integrazione nell'ambito della potenziale offerta di prestazioni di tipo sanitario del sistema cantonale.

È importante segnalare l'assenza di relazioni di collaborazione con il servizio di medicina scolastica cantonale. Questa situazione è spiegata dal fatto della diversa fascia d'età dei propri "utenti". Tuttavia, ciò non significa, date le attività e le competenze delle ICMP, che non vi possano essere ambiti di sinergie e collaborazioni, mutuamente complementari, in particolare per quanto attiene alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie in ambito prescolastico e scolastico.

4.5.3 La percezione driguardo alla collocazione istituzionale delle ICMP

Una ICMP ribadisce che se la loro collocazione fosse diversa, le segnalazioni e quindi la collaborazione con i SACD continuerebbero comunque. In un caso, la collaborazione delle ICMP è ritenuta opportuna dal CE, in un altro il CE afferma che non cambia molto dove sono inserite poiché agiscono autonomamente. Altrove, non si ritiene opportuno un servizio cantonale: tentativi di allargare i contatti con altri servizi non hanno avuto grande successo, se non in virtù dei buoni rapporti esistenti fra colleghe.

In rassegna, sono segnalate le seguenti collocazioni alternative:

- servizio ICMP unico per il Cantone
- équipe Sopraceneri ed équipe Sottoceneri
- servizio ICMP associato alle maternità degli ospedali
- ICMP integrate nei SMP o in altri servizi quali il servizio ortopedagogico itinerante (con le cure ai bambini che potrebbero restare ai SACD)
- integrazione in un servizio o istituti esterni alle cure, affini al settore socio-educativo
- mantenimento delle ICMP secondo l'assetto attuale, ma con coordinamento cantonale per le attività di consulenza
- eliminazione delle ICMP per ragioni di costo.

La valutazione delle proposte alternative sarà oggetto dei paragrafi 4.7 e 4.8.

4.5.4 La percezione degli intervistati esterni

La collocazione delle ICMP presso i SACD è globalmente ritenuta pertinente dalla quasi totalità delle persone che hanno risposto al questionario. In riferimento alle osservazioni date nelle risposte, è possibile percepire la presenza di indicazioni che vedrebbero di buon auspicio una collocazione delle ICMP presso i servizi maternità degli ospedali e/o una maggiore integrazione presso i reparti di pediatria.

4.6 L'organizzazione dei servizi socio-sanitari

Prima di affrontare il tema di un'eventuale riorganizzazione dei servizi ICMP dei SACD, è opportuno richiamare, seppure per sommi capi, l'evoluzione recente dei modelli organizzativi, sia in generale, con riferimento ai servizi pubblici, sia in modo specifico, con riferimento all'azione e ai servizi sociali e sanitari. Le modalità organizzative di tali servizi hanno infatti conosciuto negli ultimi anni importanti cambiamenti, tali da richiedere notevoli sforzi di adattamento da parte degli operatori/delle operatrici del settore. Ora, anche in prospettiva non è più pensabile di riproporre *tout court* modelli organizzativi superati, non più aderenti alla realtà, inadeguati sia dal profilo dell'efficienza – dell'impiego ottimale delle risorse – sia dal profilo dell'efficacia – della corrispondenza alle aspettative dei beneficiari (clienti) delle prestazioni erogate.

In un certo senso, nonostante il passaggio ai SACD, e considerata la mancata effettiva integrazione negli stessi, le ICMP si trovano tutt'ora in un ambito organizzativo almeno in parte inadeguato. Ciò che si rileva è in ogni caso la necessità di una migliore aderenza reciproca, nel senso che il modello organizzativo non è neutrale rispetto all'identità e alla pratica professionale; reciprocamente, l'identità e la pratica professionale richiedono un modello organizzativo confacente. Con le parole di Ugo Albano:

“Il modello organizzativo di un'impresa sociale diventa pertanto anche cultura, nel senso che esso definisce sia l'identità (verso l'esterno, per esempio) sia l'appartenenza (del collaboratore all'impresa) agli occhi dei diversi clienti (esterno e interno); detto modello può anche assumere significati simbolici che inducono comportamenti di un certo tipo. L'importante è che sia chiaro, affinché la scelta venga fatta in modo consapevole, sia dal portatore di bisogni sia dal collaboratore.”⁷²

4.6.1 L'evoluzione della *governance* dei servizi (pubblici)

Prima ancora dell'organizzazione e della gestione “interna” sono le modalità di gestione o di *governance* dei servizi pubblici, in parallelo con la recente evoluzione del *welfare* a marcare il contesto in cui si sono evoluti negli ultimi tempi i servizi e le imprese d'aiuto in ambito socio-sanitario. Un'analisi di tale contesto, con riferimento in particolare alla realtà cantonale, esula da questa analisi. Tuttavia, è opportuno evidenziare almeno qualche elemento di contestualizzazione in cui operano anche i servizi in esame.

Innanzitutto è da evidenziare la discussione attorno ai limiti e al funzionamento dello stato sociale e in generale delle modalità d'intervento dello Stato nella società. La visione di uno Stato sociale “cumulativo” è stata fortemente rimessa in discussione; alcuni parlano del fenomeno dell’“arretramento dello Stato”. Di conseguenza, chiaramente secondo modalità diverse da paese a paese, si sono progressivamente affinati nuovi approcci alla gestione dell'amministrazione e dei servizi pubblici. Benché si richiami spesso il modello della cosiddetta “nuova gestione pubblica” (*new public management*) quale matrice fondamentale dei nuovi orientamenti, è possibile operare un'ulteriore distinzione tra alcuni modelli di riferimento della gestione dei servizi pubblici:

- il modello di mercato (o dello Stato efficiente)
- il modello decentralizzato (o dello Stato flessibile)
- il modello della qualità (o dello Stato partecipativo).⁷³

Con questi riferimenti, si è poi configurato il modello cosiddetto della “*governance*”:

⁷² Ugo Albano, *Il professionista dell'aiuto, Tra identità e organizzazione*, Carocci Faber, Roma 2004, p. 177.

⁷³ Cfr. Iva Bolgiani, *L'application des nouvelles méthodes de gestion publique dans les secteurs sanitaire et hospitalier: risques et opportunités*, Muri: Cahiers d'étude, 2002.

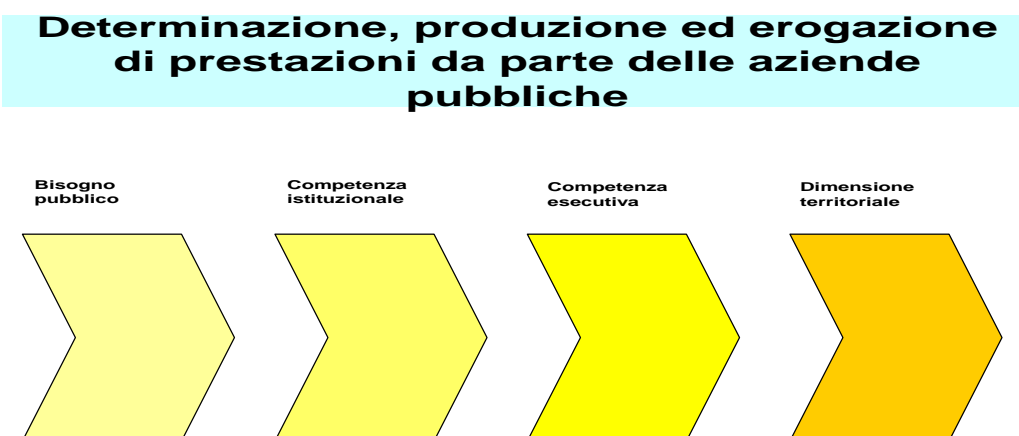
“Spesso il termine *governance* è contrapposto a quello di *government*, in cui si compendia il tradizionale modello di esercizio dell’*autorità pubblica*, basato sulla produzione diretta di beni e servizi a fruizione collettiva ed ispirato al principio di *legalità*, alla ripartizione formale e gerarchica dei poteri e delle competenze in base alla legge. Nel nuovo modello, all’opposto, l’amministrazione è piuttosto orientata a fare sistema, operando in modo condiviso in contesti di incertezza e scarsità di risorse, pertanto deve relazionarsi piuttosto che dare ordini, far fare piuttosto che fare.”⁷⁴

In sintesi, più che di nuova gestione dei servizi pubblici, oggi si parla di *governance*, vale a dire dell’insieme delle regole, dei processi di direzione e di controllo, delle relazioni interne ed esterne, dei sistemi di gestione. I principi a cui si ispira una “buona” *governance* sono quelli dell’apertura, della partecipazione, della responsabilità, dell’efficacia e della coerenza.⁷⁵

Anche nel nostro Cantone, l’amministrazione pubblica è stata investita da questa evoluzione e ha cercato di rispondere attraverso i tentativi di riforma iniziati con il progetto Amministrazione 2000 e tutt’ora in corso attraverso la sperimentazione, l’adozione e la diffusione dei contratti di prestazione, nonché attraverso processi di relativa autonomizzazione di settori dell’amministrazione stessa.

In che modo affrontare il tema dell’assetto istituzionale ed organizzativo dell’offerta di una prestazione corrispondente ad un bene pubblico? Il seguente schema riassume gli elementi che occorre considerare nella determinazione, produzione ed erogazione di una prestazione da parte di un’azienda pubblica.

Figura 4: Determinazione, produzione ed erogazione di prestazioni da parte delle aziende pubbliche



Si rileva la necessità di ricercare un assetto equilibrato e coerente tra la determinazione del bisogno pubblico a cui s’intende rispondere, la competenza istituzionale preposta a tale compito, l’assegnazione esecutiva a cui affidare la produzione e l’erogazione delle prestazioni e infine la dimensione confacente, definita in termini di accessibilità e efficienza territoriale.

⁷⁴ Massimo Caimi, *Outsourcing nel settore pubblico ticinese*, Lavoro di Tesi, USI-SUPSI, EMAP, Lugano, 2006, pag. 9.

⁷⁵ Cfr. Commissione delle comunità europee, *La governance europea. Un libro bianco*, Bruxelles, 2001, pag. 10.

4.6.2 L'evoluzione della *governance* dei servizi sociali

In un recente contributo, Ugo Albano ha cercato di focalizzare le principali problematiche odierne dell'organizzazione e della gestione dei servizi sociali alla persona⁷⁶. Nella prefazione al volume Antonio Pignatto, identifica le variabili critiche a cui far risalire tali problematiche:

- l'ambito di misurazione del processo
- l'ambito della valutazione d'impatto economico-equitativi dei processi
- l'ambito della comunicazione
- l'ambito pianificatorio, programmatorio e di gestione delle reti.

Scrive Pignatto:

“La questione della misurazione del processo (s.ns.) parte dalla scarsissima attitudine nel mondo dei servizi sociali alla descrizione dei processi attraverso codici riconosciuti dal mondo scientifico; ne consegue che le professioni, anche a fronte di un'enorme esperienza relazionale, non riescono a definire in modo descrittivo la formalità di un processo di erogazione di servizi o di qualsiasi altra natura.”⁷⁷

“Le valutazioni economiche paiono questioni ragionieristiche e contabili in senso stretto e non parte integrante dei processi alla persona... Ancora oggi incontro validi professionisti completamente scollegati dall'evidenza della risorsa e dalla necessaria serietà di approccio alla questione, cosicché si trovano a vivere dinamiche di budget esclusivamente come fonti di favore o di ostilità organizzativa allo svolgimento del lavoro... La passività che pervade il mondo sociosanitario rispetto a questo tema ha dell'incredibile...”⁷⁸

“La questione “comunicazione” oggi più che mai possiede due angolazioni di disamina:

- *il versante interno: legato all'universo organizzativo degli attori del sistema dei servizi;*
- *il versante esterno: determinato dal livello di attivazione e di ascolto nei confronti del cittadino.*

L'istituzione quindi si pone in questa dinamica come un “server”, ovvero una struttura di servizio che anima e facilita i processi attraverso strumenti propri di tutela degli attori coinvolti a tutto campo e di “catalizzatore” di processi sui quali esercitare un livello di sensibilità tutelante e di attenzione.”⁷⁹

“La questione delle reti apre a livello organizzativo uno scenario che spesso si lega alla progettazione ex-ante di un sistema regolato di flussi informativi e comunicativi che posseggano, tuttavia, chiari e definiti criteri di accesso, restrizioni e difese esterne e interne dalle violazioni possibili... La rete non può eludere la questione del supporto informatico, ma ciò non ci deve far dimenticare le reti relazionali e di lavoro rappresentate da fenomeni di identità.”⁸⁰

Questi aspetti, qui enunciati concettualmente, si ritrovano sorprendentemente anche con riferimento alla realtà socio-sanitaria ticinese. Sono in atto infatti, a ritmi diversificati, processi di cambiamento assai radicali nelle modalità di gestione dei servizi che

⁷⁶ Ugo Albano, *Il professionista dell'aiuto, tra identità e organizzazione*, ed. Carrocci Faber, Roma, 2004, pag. 9-19.

⁷⁷ Ibidem, pag. 10

⁷⁸ Ibidem, pag. 14-15

⁷⁹ Ibidem, pag. 15-16

⁸⁰ Ibidem, pag. 18-19

riguardano proprio i punti sopra richiamati, ossia la misurazione dei processi, la valutazione economica, la comunicazione e la collaborazione di rete. Questi punti appaiono decisivi anche in un'ottica di orientamento futuro dei servizi. Essi sono compendati da altrettanti modelli e pratiche d'intervento dell'azione sociale.

4.6.3 I modelli d'intervento e le pratiche d'intervento dell'azione sociale

I modelli e le metodologie dell'intervento e delle pratiche del lavoro e dell'azione sociale e socio-sanitaria vengono ricondotte tradizionalmente alla seguente suddivisione:

- il "case work" (lavoro sul caso)
- il "group work" (lavoro in/di gruppo)
- il "community work" (lavoro in/di comunità).

Il "case work", metodologia da cui trae origine l'azione sociale stessa, si basa sul concetto essenziale di bisogno e sulle risposte, perlopiù individuali e specifiche, atte a soddisfarvi in modo adeguato. È riconosciuto il fatto che la logica bisogno/prestazione potrebbe generare dipendenza, inibendo lo sforzo e le risorse soggettive potenzialmente attivabili per "superare" le difficoltà.

Il "group work", senza peraltro negare i bisogni specifici dell'individuo, aspira a superare la logica bisogno/prestazione per cercare di attivare e valorizzare le risorse individuali, le sue capacità di porsi in relazione con gli altri, nonché di far leva sulla rappresentazione di sé.

Infine, ulteriore tappa, il "community work" coinvolge a vario titolo l'intera comunità, e mira a rispondere a bisogni individuali specifici operando a partire dall'identità culturale territoriale della comunità e attraverso le sue risorse e le sue reti.

Perché evocare tali metodologie, modelli e pratiche d'intervento in questo contesto? La ragione è che, come visto, date le finalità legislative, che non si limitano a definire soltanto l'ambito d'intervento, ma ne costituiscono la ragione d'essere stessa dei servizi ICMP, occorre riconoscere che quanto offerto dagli stessi non può limitarsi unicamente ed esclusivamente alla risposta a bisogni puntuali, a carattere individuale, ma comprende pure un ambito di attività, complementare al primo, che si allarga all'educazione, alla prevenzione, all'informazione, alla assicurazione, all'"autodeterminazione" ("empowerment") e quindi all'attivazione del lavoro di rete, d'intesa con le altre istanze del territorio e del sistema socio-sanitario cantonale, sia pubbliche che private.

Questo approccio è infatti stato fatto proprio dal Cantone e rappresenta un tassello importante dell'impalcatura dell'intervento a domicilio. Con riferimento puntuale ai servizi ICMP, il concetto di "community work", benché non esplicitato, emerge chiaramente dalle seguenti considerazioni:

"Le infermiere pediatriche saranno - grazie al fatto che contattano la stragrande maggioranza dei nuclei familiari nei quali avviene una nascita - le persone attraverso le quali la popolazione potrà diventare maggiormente cosciente dell'esistenza di un tale servizio, deputato ad intervenire a domicilio ma soprattutto ad informare su altre risorse presenti sul territorio ed eventualmente ad attivarle".⁸¹

⁸¹ Consiglio di Stato DOS/DI, *Messaggio del Consiglio di Stato concernente il potenziamento e la ristrutturazione dei servizi di assistenza e cura a domicilio, nonché una nuova modalità di ripartizione degli oneri e delle competenze tra il Cantone e i Comuni nei campi degli ospedali pubblici (EOC), degli istituti per anziani (CPA) e dei servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD), in risposta all'iniziativa parlamentare 18 dicembre 1988 presentata nella forma generica dall'on. Carlo Donadini per il gruppo PPD*, 31 agosto 1994 pag. 42.

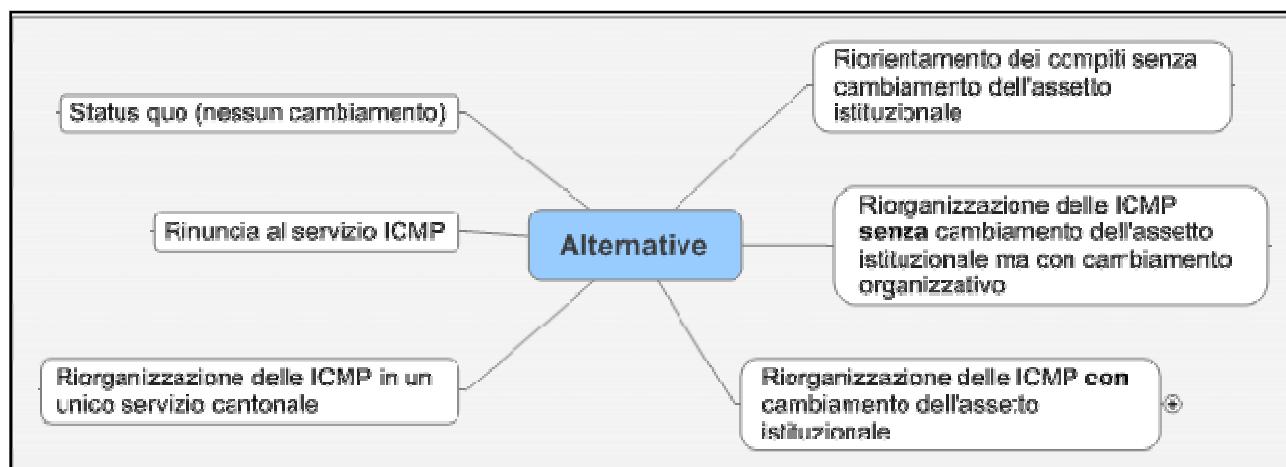
Anche i modelli d'intervento sociale e sanitario e la loro evoluzione vanno pertanto considerati nell'esame delle ipotesi di ricollocazione istituzionale dei servizi ICMP.

4.7 Le possibilità di ricollocazione istituzionale dei servizi ICMP

In questo paragrafo si propone una valutazione delle possibili alternative di riorganizzazione dei servizi ICMP dei SACD, tenuto conto della valutazione della situazione attuale dei modelli teorici d'intervento sopra evocati, nonché delle caratteristiche dell'utenza precedentemente illustrate.

Le possibilità di configurare un assetto istituzionale ed organizzativo piuttosto che un altro vanno valutate alla luce anche di questi elementi. Occorre infatti chiedersi qual è il tipo di assetto che meglio è in grado di corrispondere alle particolarità della "clientela" delle ICMP e tale da permettere alle stesse di poter operare al meglio, valorizzando appieno le propria identità e competenza professionale. Di seguito si analizzano quindi alcuni modelli possibili, nel tentativo di rilevarne le potenzialità, tenuto conto sia degli elementi emersi nell'esame delle caratteristiche considerate, sia dell'evoluzione delle modalità operative odierne dei sistemi socio-sanitari, succintamente illustrata in precedenza. Per ogni alternativa si propone uno schema del tipo "SWOT", evidenziando i punti forti e deboli, le opportunità ed i "pericoli".

Figura 5 Alternative esaminate



Punti forti e punti deboli, opportunità e rischi (minacce) delle alternative in discussione sono riassunti nella seguente tabella:

Tabella 10: analisi SWOT

Elementi di valutazione	Punti forti (F)	Punti deboli (W)	Opportunità (O)	Minacce (T)
Modello istituzionale/organizzativo				
Status quo	Autonomia operativa interna	Isolamento interno ed esterno Frammentazione territoriale Difficoltà a rispondere alle caratteristiche dell'utenza Incertezza identitaria	Consolidamento generale del ruolo dei SADC nel sistema socio-sanitario cantonale	Demotivazione Delegittimazione (interna ed esterna) Scadimento della qualità Concorrenza altri operatori
Riorganizzazione delle ICMP con cambiamento istituzionale				
• Collocamento presso i SMP	Nessuno	Casistica con casi "psichiatrici" molto ridotta rispetto alla casistica generale Indirizzo prettamente psicologico Presenza limitata di competenze in ambito pediatrico su tematiche di promozione della salute, prevenzione delle malattie e di cura. Debole supervisione professionale	Miglioramento della collaborazione con altri professionisti della salute in caso di casi con patologie di tipo socio-psichiatrico.	Forte rischio di dare una connotazione di "psichiatizzazione" di un evento assolutamente fisiologico come la nascita di un figlio. Consequente diminuzione della domanda (rappresentazioni sociali della malattia psichiatrica) Diminuzione delle competenze professionali specifiche. Modifica del ruolo professionale
• Ufficio del servizio sociale DSS	Nessuno	Vedi collocamento ICMP	Vedi collocamento ICMP	Vedi collocamento ICMP
• Collocamento presso i reparti maternità e/o pediatria EOC	Migliore informazione dell'offerta di servizi Aumento della casistica	Allontanamento dalla realtà territoriale. Difficoltà nella messa in evidenza di problematiche di tipo socio-familiare. Poca garanzia di continuità della presa a carico territoriale. Necessità di riferirsi ad un servizio esterno sul territorio	Maggiore formazione e aggiornamento professionale in merito alle competenze professionali di assistenza e cura.	
Riorientamento compiti senza cambiamento istituzionale	Assenza di "incognite" istituzionali Possibilità di implementazione di nuovi strumenti e modalità operative	Limiti dell'assetto istituzionale dato Subordinazione organizzativa	Idem Miglioramento del coordinamento degli interventi sul territorio	Dipendenza interna e limitazione dell'autonomia operativa

Riorganizzazione strutturale (autonomia)	Autonomia strategico-operativa Unità territoriale	Difetti della centralizzazione (distanza dal territorio, uniformizzazione...)	Minimo comun denominatore strategico ed operativo Maggiore integrazione tra ICMP Strategia coordinata riguardo alla formazione e aggiornamento continuo di tutte le ICMP	Allontanamento dai SACD (rottura della dimensione "universale") Fragilizzazione istituzionale (dimensione di scala ridotta)
Riorganizzazione decentrata	Tutti i punti di forza insieme Maggiore corrispondenza alle caratteristiche "bipolari" dell'utenza (flessibilità)	Relativa dispersione organizzativa (diseconomie di scala...)	Vantaggi della dimensione di scala e vantaggi della decentralizzazione sul territorio	Difficoltà di gestione del cambiamento
Rinuncia al servizio	Nessun punto forte	Perdita di competenza nel sistema socio-sanitario Bisogni scoperti	Ridefinizione in base alle sollecitazioni politico-sociali (eventualmente nell'ambito dello sviluppo applicativo della Lfam) Opportunità per altri operatori/servizi	Assunzione inappropriata dei bisogni politico-sociali (eventualmente nell'ambito dello sviluppo applicativo della Lfam) Aumento dei costi globali del sistema socio-sanitario cantonale

Lo status quo

Lo scenario dello *status quo* lascerebbe irrisolte le diverse problematiche emerse in questa e nelle precedenti valutazioni. Sostanzialmente, non permetterebbe di portare a compimento l'integrazione dei precedenti consorzi, così come voluto dal Legislatore con la nuova LACD. Le operatrici continuerebbero a soffrire di una sorta di "isolamento/limbo" professionale e "lacuna" identitaria. Certo, le operatrici potrebbero agire in un regime di relativa autonomia: ciò che sarebbe interessante, in sé e per sé, ma che dato il contesto istituzionale ed operativo descritto non rappresenterebbe un'opportunità se non "a rimorchio" del consolidamento generale dei SACD nel sistema socio-sanitario cantonale.

Vanno invece rilevati i rischi (minacce) di questo scenario, ossia la possibile demotivazione delle operatrici (mancanza di identificazione forte nel ruolo e nell'istituzione), nonché la delegittimazione del servizio e lo scadimento della qualità delle prestazioni. Se non opportunamente inquadrato sul piano istituzionale, come visto, un servizio sociale rischia di alimentare eccessivamente i propri meccanismi auto-referenziali, inibendo la propria capacità di valutazione critica e quindi di adattamento e crescita, secondo l'evoluzione dei bisogni e secondo la ridefinizione del proprio mandato.

Riorganizzazione delle ICMP con cambiamento istituzionale

La riflessione di cambiare radicalmente l'assetto istituzionale delle ICMP togliendole dalla loro attuale collocazione è stata affrontata anche nell'ambito dell'inchiesta fatta presso i diversi partner che collaborano con questo servizio. Questo tipo di riflessione è sempre presente quando si svolgono delle analisi globali e può anche generare, ad una prima analisi, proposte di cambiamento molto radicali.

In questa sede sono state considerate tre ricollocazioni possibili delle ICMP al di fuori dei SACD: presso i Servizi medico-psicologici (SMP) dell'OSC, presso l'Ufficio del sostegno sociale del DSS e presso i reparti di maternità o di pediatria degli ospedali EOC.

La tabella dell'analisi *SWOT* mostra, a nostro avviso, come questa eventualità sia "*de facto*" inopportuna sia da un punto di vista delle opportunità sia della fattibilità. In particolare non abbiamo ravvisato, tenuto conto della complessità della situazione e delle caratteristiche della domanda e dell'offerta di questo settore, elementi che inducono a prendere in considerazione le proposte fatte.

Questa posizione viene confermata anche dalle risposte ottenute dall'inchiesta (allegato C domanda n°9). In effetti nessun intervistato ha ritenuto opportuno proporre un cambiamento così radicale mentre vengono formulate proposte destinate ad intensificare e migliorare la collaborazione e le sinergie tra i diversi attori della rete sociosanitaria della quale le ICMP sono parte integrante.

Il riorientamento dei compiti

Il riorientamento dei compiti senza cambiamento istituzionale, in realtà non affronterebbe l'insieme delle problematiche attuali delle ICMP, se non in modo parziale. Se queste problematiche sono riconducibili da un lato ad un assetto istituzionale ed operativo inadeguato e dall'altro lato ad una lacuna identitaria-professionale, il riorientamento senza cambiamento istituzionale appare immediatamente come uno scenario con un potenziale risolutore limitato.

Le problematiche infatti non stanno tanto nella necessità di un riorientamento fondamentale dei compiti, a parte ovviamente qualche indispensabile adattamento ma, come delineato, nella mancata integrazione effettiva negli attuali SACD e dunque in un *modus operandi* integrato ed aggiornato secondo i nuovi modelli e le nuove modalità operative dell'intervento e dell'azione socio-sanitaria. Resterebbero inoltre sull'agenda i problemi legati al rischio di dipendenza interna e di limitazione dell'autonomia operativa.

La riorganizzazione strutturale

La riorganizzazione strutturale (autonomia) potrebbe essere giustificata dalla mancata avvenuta integrazione completa delle ICMP nei SACD. Si tratterebbe, in un certo senso, di ritornare sui propri passi e dunque di proporre una sorta di riedizione (aggiornata) dei precedenti consorzi, riorganizzati in altro modo, ma costituenti un nuovo servizio autonomo e specifico nel panorama dei servizi socio-sanitari operanti sul territorio cantonale. Questo scenario permetterebbe alle ICMP di recuperare un assetto istituzionale ed operativo che oggi sembrerebbe far difetto o che comunque non appare come l'assetto migliore ed adatto per assumere i compiti ad esse assegnati. Inoltre, come emerge anche dalla presente analisi, manca oggi come oggi una sufficiente unità territoriale, nel senso che le ICMP dei diversi SACD si organizzano ed operano con riferimento al proprio servizio, ma senza che tra di loro vengano discusse, né tanto meno coordinate strategie d'intervento comuni.

La riorganizzazione strutturale secondo questa ipotesi porterebbe dunque allo scorporo delle attuali attività delle ICMP dai SACD e alla creazione di un nuovo servizio cantonale infermieristico e di consulenza materno pediatrica, con raggio d'azione sull'intero territorio cantonale, operativamente suddiviso in comprensori da definire, non necessariamente secondo il disegno territoriale attuale dei SACD.

Un'unica istanza direzionale (coordinamento cantonale) ed amministrativa supporterebbero le attività delle operatrici. Le opportunità che questa alternativa aprirebbe, oltre al conferimento di una maggiore coesione identitaria, sarebbero quelle di assicurare un minimo comune denominatore strategico ed operativo, di una maggiore ed effettiva integrazione tra le stesse ICMP, di permettere lo sviluppo di strategie coordinate riguardo alla formazione e all'aggiornamento continuo.

Se, ragionevolmente, una simile riorganizzazione appare in prima istanza come la soluzione prospettabile ai problemi attuali, con indubbi vantaggi ed opportunità, in realtà essa nasconde un'insidia che, a nostro avviso, appare decisiva e di difficile soluzione, se non proprio insormontabile.

In effetti, poiché anche nell'ipotesi – tutta da verificare – di un eventuale potenziamento del servizio, lo stesso non richiederebbe comunque che un aumento numericamente contenuto delle risorse (del numero di ICMP), il servizio non sarebbe mai in grado di raggiungere una dimensione minima di scala tale da assicurare una sufficiente razionalità operativa nei termini dell'autonomia e dell'efficienza.

In altre parole, è verosimile che una delle problematicità fondamentali di questo comparto socio-assistenziale stia proprio nella dimensione del servizio, che è in ogni caso troppo piccolo, anche su scala cantonale, per poter eventualmente beneficiare di importanti economie di scala nell'impiego delle risorse e quindi nell'efficienza delle prestazioni erogate all'utenza.

Anche nell'ipotesi in esame – servizio cantonale – esso sarebbe in effetti chiamato ad agire sul territorio, poiché deputato ad intervenire prevalentemente – anche se non esclusivamente – a domicilio: si creerebbe una tensione permanente tra centralizzazione istituzionale e decentralizzazione operativa, con conseguenti difficoltà, costi, diseconomie e dunque il rischio di fragilizzazione e frammentazione del servizio. Infine, non va sottaciuto il contraccolpo sugli attuali SACD che, con lo scorporo delle ICMP, vedrebbero almeno parzialmente compromessa o perlomeno ridotta la propria missione universale prescritta dalla LACD.

La riorganizzazione decentrata

La riorganizzazione decentrata è intesa qui come proposta di cambiamento organizzativo senza ridefinizione istituzionale. Si tratterebbe in altri termini di organizzare diversamente i servizi offerti dalle ICMP senza scorporarle dagli attuali SACD. Il mantenimento delle ICMP nei SACD va precisato nel senso che essi continuerebbero a rappresentare sia l'inquadramento istituzionale delle ICMP – con i quali continueranno ad identificarsi – sia il necessario supporto amministrativo e gestionale. Per contro, dal profilo organizzativo, le ICMP disporrebbero di un nuovo spazio d'azione, più autonomo e meno condizionante dalle strutture dei singoli SACD. Organizzativamente infatti, le ICMP devono tenere conto dell'esigenza emersa dall'esame delle caratteristiche dell'utenza e dalla natura delle prestazioni, ossia del fatto che sono e saranno chiamate ad operare su due piani: quello corrispondente ad un'attività "facile", ordinaria e programmabile, e quella invece "difficile", a carattere più impegnativo, che richiede competenze, risorse e capacità di attivazione e d'interazione con gli altri servizi e strutture.

Schema 2 : le due "polarità" delle attività delle ICMP

Attività "facili"

ordinarie
programmabili
semplici
autonome

Attività "difficili"

straordinarie
non programmabili
complesse
in rete

Questo tipo di organizzazione, a nostro avviso, corrisponderebbe pertanto meglio di altre soluzioni alle caratteristiche dell'attività delle ICMP, e sarebbe in grado di assecondare il più possibile le esigenze differenziate necessarie. Assicurerebbe inoltre una sufficiente autonomia operativa tra le ICMP.

L'assetto organizzativo vero e proprio dovrà tenere conto del problema della dimensione di scala e dunque delle diseconomie, di cui si è fatto cenno nell'ipotesi della riorganizzazione strutturale autonoma. Grazie alla collocazione istituzionale nei SACD e al loro supporto amministrativo e gestionale, si ritiene più facile conciliare le esigenze di razionalità del servizio con le esigenze di flessibilità in funzione delle richieste dell'utenza. Ovviamente, tra i fattori di rischio, non vanno dimenticati quelli legati alla gestione del cambiamento che questa prospettiva richiederebbe da parte delle ICMP attualmente in attività. Dal profilo della gestione, si tratterebbe infine di proporre un vero e proprio contratto di prestazione specifico tra il Cantone ed i servizi ICMP, quale estensione e precisazione dei contratti di prestazione con i SACD⁸². Il finanziamento integrale delle prestazioni da parte del Cantone dovrebbe facilitare la contrattazione, mentre sarà indispensabile, contrariamente ad oggi, rilevare e valutare meglio l'insieme delle prestazioni offerte attraverso un adeguato set di indicatori (cfr. Cap. 2). Ciò, come visto, sarebbe oltretutto conforme agli attuali orientamenti nella gestione dei servizi sociosanitari.

Un esempio di soluzione analoga all'organizzazione decentrata qui discussa è offerto dai servizi pediatrico-materni del Canton Turgovia, i quali sono organizzati autonomamente ("selbstständig organisiert") nell'ambito dello "Spitex Verband Thurgau".⁸³

⁸² Attualmente il servizio ICMP è l'unico ad essere definito e finanziato in modo tradizionale in base al riconoscimento delle risorse e non in base alle prestazioni.

⁸³ Cfr. www.muetterberatung-tg.ch

La rinuncia al servizio

L'ultima ipotesi considerata è quella della rinuncia al servizio offerto dalle ICMP. È un'ipotesi – sia detto – che ha fatto capolino anche in una intervista, in relazione ad un'eventuale necessità di risparmio, che costringerebbe i SACD ad individuare dei servizi e delle prestazioni ritenute non prioritarie. Tra queste, appunto le prestazioni delle ICMP. Non si intravede, ovviamente, nessun punto forte o vantaggio associato a tale prospettiva. L'unica opportunità indiretta sarebbe costituita dalle eventuali sollecitazioni politiche al ripristino in un modo o nell'altro di tale servizio, in risposta ai bisogni scoperti che verrebbero a crearsi, eventualmente nell'ambito del nuovo assetto legislativo rappresentato dalla Lfam. Anche per altri servizi/operatori, ciò potrebbe rappresentare un'opportunità, mentre sarebbero da riallocare le attuali ICMP in altri servizi socio-assistenziali.

Ma saremmo nell'ordine delle speculazioni e si rischierebbe di accentuare il pericolo di assunzioni improprie e di risposte inadeguate ai bisogni da parte di altri operatori e/o servizi ed istituzioni. Si tratterebbe anche di una perdita di competenze o di una "diluizione" di queste competenze nel sistema socio-assistenziale, con l'accentuazione delle difficoltà d'identificazione del servizio e di frammentazione già oggi verificabili. Non da ultimo sarebbe ipotizzabile, anche se difficilmente dimostrabile, un aumento complessivo dei costi del sistema socio-sanitario cantonale.

In conclusione, in risposta alla parziale integrazione delle ICMP nei SACD, tenuto conto da un lato della natura delle prestazioni, e dall'altro degli attuali orientamenti nella gestione dei servizi pubblici e dell'evoluzione dell'azione socio-sanitaria, emerge l'alternativa della riorganizzazione delle ICMP senza cambiamento dell'assetto istituzionale, ma con cambiamento organizzativo.

La promozione di questa prospettiva deve essere attuata a partire dai punti critici attuali: pertanto, nel prossimo Capitolo, si svilupperanno alcuni indirizzi di riforma che dovrebbero accompagnare il processo di riorganizzazione proposto.

4.8 Proposte d'indirizzo

I punti cardine e problematici emersi da questa analisi riguardano tre dimensioni fondamentali:

- l'assetto istituzionale ed organizzativo
- l'inserimento/il coordinamento dell'attività e delle prestazioni delle ICMP nell'ambito del sistema (della rete...) socio-sanitaria cantonale
- la competenza e l'identità professionale (formazione) delle ICMP.

Appare pertanto opportuno individuare e formulare delle proposte d'indirizzo a partire proprio da questi punti. Nei prossimi paragrafi, sulla base delle analisi sviluppate sopra, si delinearanno dei tratti di un auspicabile indirizzo di riforma dei servizi offerti dalle ICMP nell'ambito dei SACD.

4.8.1 L'organizzazione del servizio

Dalla *governance* dei servizi pubblici, passando attraverso la *governance* dei servizi sociali, si arriva ai modelli d'intervento e alle pratiche dell'azione sociale. Ovvero: i cambiamenti esterni – politici ed istituzionali – si riverberano all'interno dei servizi in termini di modelli di gestione, modelli d'intervento e pratiche dell'azione sociale. In che

modo, dunque, stanno cambiando le modalità di lavoro all'interno dei servizi socio-sanitari?

Con riferimento a servizi come quello oggetto d'analisi, si possono rilevare almeno tre ambiti di cambiamento che toccano le modalità d'intervento degli operatori/delle operatrici:

- è innegabile, innanzitutto, che gli aspetti manageriali stanno assumendo ovunque un'importanza crescente: l'"aziendalizzazione" dei servizi non può non toccare anche l'ambito di attività degli operatori e delle operatrici. Non fosse che per via indiretta, già solo per il fatto che è richiesta maggiore attenzione alla "registrazione" e alla "giustificazione" dei mezzi, dei processi e dei risultati – degli input, degli output e degli outcome – una parte non indifferente dell'attività va dedicata alla gestione. Ciò richiede ovviamente una assunzione di competenze forse nuove, cosa tutt'altro che scontata e non offerta dalle formazioni tradizionali di vecchia data;
- in secondo luogo, l'evoluzione dell'azione sociale e del sistema socio-sanitario richiedono una cultura organizzativa rivolta all'esterno più perfezionata rispetto al passato. Questo perché da un lato l'azione sociale è diventata più autonomizzata, più centrata su sé stessa, più impegnata nelle nuove condizioni di comunicazione, più bisognosa di coordinamento, più potenzialmente marginalizzante, nel senso di un potenziale maggior distacco tra saperi "scientifici" degli operatori e delle operatrici socio-sanitarie e senso "comune" degli utenti⁸⁴. Tutto ciò ha fatto sì che i servizi sono indotti (costretti?...) ad aprirsi maggiormente all'esterno e a ricercare modalità operative ed organizzative adeguate. Si pensi ai concetti di "rete", o di "community care" precedentemente discussi;
- in terzo luogo, sul piano della cultura organizzativa interna, i servizi socio-sanitari stanno progressivamente passando da un *modello funzionale*, basato sulla linea gerarchica, la specializzazione e la definizione singolare dei compiti, delle competenze e delle responsabilità, ad un modello divisionale, dove il coordinamento degli interventi è centrato sull'utente, sui suoi problemi, assunti nella loro complessità e multidimensionalità. I compiti, le competenze e le responsabilità non sono più definite esclusivamente per rapporto alle specializzazioni, ma sono definite su aree integrate. Anche gli orientamenti nella formazione delle operatrici e degli operatori seguono, oramai, questo tipo di modelli.

In sintesi, l'organizzazione del servizio deve essere tale da permettere l'operatività descritta. Con riferimento al servizio ICMP dei SACD e allo schema presentato al par. 4.6.1, si possono evidenziare i seguenti elementi:

Bisogno pubblico

Le prestazioni offerte ed erogate dai servizi ICMP dei SACD sono indirizzate ad un'utenza che rappresenta un bisogno pubblico. L'obiettivo teso ad assicurare consulenza, assistenza e cura ai bambini e alle rispettive famiglie, a titolo di promozione e sviluppo della salute, di prevenzione, di sicurezza, informazione, cure e attivazione di eventuali altre risorse, riguarda sì le richieste individuali, ma comprende altresì una dimensione collettiva, di salute pubblica.

Nonostante le difficoltà di definizione dei bisogni (cfr. Cap. 1), è certo che, al pari dell'educazione o di altri bisogni pubblici fondamentali, la salute dei bambini costituisce

⁸⁴ Cfr. Fragnère Jean-Pierre, « Perspectives pour l'étude de la politique sociale en Suisse », in *Fare politica sociale oggi*, Réalités sociales, Lausanne, 1998, pp. 155-183.

una preoccupazione a cui l'ente pubblico è tenuto a prendersene carico in un'ottica comunitaria.

A nostro avviso, la caratterizzazione dei bisogni dell'utenza ICMP come bisogno pubblico, non solo ne legittima l'esistenza, ma permette di definire e comprendere meglio la pertinenza del proprio campo d'intervento rispetto a quello di altri operatori e di altre istanze che pure – a diverso titolo – si rivolgono alla stessa utenza. È il caso, come visto, dei pediatri e delle levatrici/ostetriche, che sono aumentati considerevolmente negli ultimi anni e che apparentemente sembrerebbero aver “spiazzato” l'offerta delle ICMP dei SACD. Diciamo “apparentemente”, poiché in termini di bisogno pubblico, come argomentato, l'ottica d'intervento e l'offerta di prestazioni riguardano sfere complementari, a volte affini e tangenti, ma sicuramente diverse. Se, infine, si pone mente alla volontà del legislatore e agli indirizzi di politica sanitaria, socio-assistenziale e familiare – che non occorre qui riprendere in dettaglio – il riconoscimento della dimensione anche pubblica del bisogno (dei bisogni) a cui le ICMP rispondono appare ancora più evidente.

Competenza istituzionale

Nell'assunzione di un bisogno pubblico riconosciuto, la prima questione che si pone riguarda la scala istituzionale appropriata, vale a dire il livello istituzionale a cui assegnare la competenza di rispondere responsabilmente a tale bisogno. Questione centrale, in particolare in un paese a struttura federalista.

A chi compete nel caso in esame definire i principi e le modalità di risposta – compreso il finanziamento – ai bisogni dei bambini e delle famiglie, nei termini qui discussi? Alla Confederazione? Al Cantone? Ai Comuni? *De facto* i SACD ed i servizi ICMP sono istituzionalmente di competenza del Cantone, che ha approntato il corrispondente quadro legislativo con la LACD. In effetti, con la riforma entrata in vigore nel 2000, il Cantone ha consolidato la propria competenza e in parte quella dei Comuni, in questo segmento della sua politica socio-sanitaria. Più precisamente, per quanto riguarda la consulenza materno-pediatrica, ha decretato lo scioglimento dei precedenti consorzi e la loro integrazione nei SACD.

Dal profilo istituzionale, pertanto, l'assunzione di questo compito da parte del Cantone è una realtà che si può valutare positivamente. Altre istanze, quali la Confederazione o i Comuni appaiono in quest'ambito inopportune. Semmai, la questione rimane aperta riguardo all'intero quadro legislativo settoriale rappresentato dalla LACD

Competenza esecutiva

Una competenza istituzionale non definisce *ipso facto* una competenza esecutiva. In effetti, per i SACD, il Cantone non ha assunto “in proprio” l'esecuzione del compito istituzionale, ma ha predisposto un articolato dispositivo di possibilità di delega esecutiva, in parte confezionato tenuto conto delle possibilità di finanziamento da terzi (da parte della Confederazione). Con l'istituzione dei SACD e l'integrazione dei servizi ICMP la competenza esecutiva è stata assunta dai SACD. Questa competenza potrebbe benissimo essere attribuita diversamente, e questo senza una modifica dell'attribuzione istituzionale. Ciò sarebbe possibile, ma forse non auspicabile, né opportuno.

La realizzazione di un servizio cantonale ICMP specifico, risulterebbe più caro – dovrebbe dotarsi di una propria struttura amministrativa, di una propria logistica... - e, soprattutto, costituirebbe un ulteriore elemento di complicazione di un sistema socio-sanitario già molto frammentato, opaco e di difficile comprensione e gestione. Inoltre, si romperebbe l'indirizzo volutamente “universalistico” dei SACD e pertanto anche quella “porta d'ingresso” che, attraverso i primi contatti delle famiglie con i SACD, permette a questi ultimi di farsi conoscere da una buona cerchia di popolazione. Di riflesso, ovviamente, i SACD stessi ne risentirebbero. D'altro canto, l'integrazione/accorpamento dei servizi ICMP

in un altro servizio cantonale esistente, oltre a presentare problematiche analoghe a quelle vissute con il passaggio delle ICMP dai consorzi ai SACD, potrebbe verosimilmente e addirittura accentuarli in virtù di diversità ancora maggiori in termini di obiettivi, compiti, prestazioni, formazione professionale, tipologia d'utenza, nonché di una diversa scala territoriale

Dimensione territoriale

Si è visto nel Cap. 1 che l'utenza dei servizi SACD richiede in un senso o nell'altro di assicurare un facile accesso alle prestazioni e alla consulenza offerte: queste possono anche essere condizionate da fattori strutturali, quali la presenza/prossimità di una sede ambulatoriale. In ogni caso, il principio dell'accesso domiciliare "fisico" delle ICMP è fondamentale, poiché esprime un preciso indirizzo di politica sanitaria e sociale. I servizi devono essere decentralizzati e in una certa qual misura diffusi nel territorio. Fino a che punto? In linea di principio, si può ritenere l'attuale grado di capillarità appropriata: la suddivisione dei comprensori SACD, la dotazione di spazi ambulatoriali (migliorata di recente), la presenza "equilibrata" di altri servizi/strutture come le maternità e le pediatrie degli ospedali EOC, come pure, infine, la presenza diffusa di altri operatori nel territorio, sono tutti elementi a favore dell'assetto attuale.

4.8.2 Le collaborazioni esterne

Date le caratteristiche dell'offerta di prestazioni erogate dalle ICMP, possiamo ritenere l'aspetto delle collaborazioni esterne un punto cardine sia dell'attività professionale delle ICMP ma anche del ruolo istituzionale e di integrazione territoriale che i SACD sono chiamati a svolgere.

Le interviste effettuate presso i SACD, rivolte ai Direttori, le capo équipe e le ICMP, ed i dati dell'inchiesta conoscitiva svolta presso i principali servizi o istituzioni che costituiscono la rete di collaborazione, hanno messo in risalto la necessità di migliorare sensibilmente l'integrazione delle ICMP all'interno della rete sociosanitaria cantonale.

Da un punto di vista organizzativo appare evidente la necessità di prestare maggiore attenzione al ruolo attivo che le ICMP possono/devono svolgere nell'ambito dell'assunzione di casi di cura del bambino (e non essenzialmente di casi di consulenza e/o prevenzione). La loro figura professionale appare sconosciuta in particolare presso alcuni primari dei reparti di pediatria – chirurgia pediatrica – ciò che comporta una scarsa rispondenza a potenziali bisogni di bambini che potrebbero beneficiare di una migliore assistenza se la continuità delle cure potesse essere garantita anche a domicilio.

Si tratta in questo caso di valorizzare maggiormente oppure, laddove non presenti di sviluppare ulteriormente, le competenze professionali legate all'assunzione di attività di assistenza e cura.

Una maggiore collaborazione tra le ICMP e i reparti di pediatria ospedalieri costituirebbe inizialmente una buona opportunità per sviluppare da un lato le eventuali competenze professionali mancanti e dall'altro migliorerebbe la conoscenza reciproca con il corpo medico ed infermieristico, elemento chiave per poter assumere determinate attività e responsabilità.

Formalizzazione delle relazioni

Le relazioni tra le diverse ICMP e le strutture che compongono la rete scio-assistenziale sono fortemente influenzate dalla presenza o meno di relazioni informali e/o interpersonali tra le ICMP da una parte ed i rispettivi interlocutori dall'altra. Questa situazione, da non interpretare necessariamente in chiave negativa, genera però una disomogeneità – arrivando anche ad una certa iniquità - nell'offerta di prestazioni sia nei confronti delle istituzioni partner sia nei beneficiari stessi (famiglie e bambini). In sostanza la mancanza di

procedure di collaborazione istituzionali, definite e concordate dai diversi attori coinvolti, rende quasi impossibile definire il ruolo che le ICMP svolgono all'interno di una rete che permetta una presa a carico globale dell'utente.

Si tratta in questo caso di procedere alla definizione di procedure o linee-guida di collaborazione tra i diversi partner istituzionali sia pubblici che privati. Questi strumenti permetterebbero da un lato una maggiore trasparenza in merito alla definizione del proprio contesto di intervento e dall'altro una certa omogeneità nell'assunzione di situazioni che necessitano l'intervento di più attori e che molto spesso sono anche quelle più complesse.

La definizione di procedure di collaborazione avrebbe inoltre il merito di migliorare la reciproca conoscenza tra le diverse strutture e permetterebbe ad ognuna di sviluppare e migliorare la propria offerta adeguandola anche all'evoluzione della casistica.

In sostanza si delinea l'opportunità di sviluppare un concetto di gestione delle attività delle ICMP maggiormente strutturate e meglio profilato integrando in modo più formale ed esplicito le attività delle ICMP in un concetto di rete dove vi è una precisa definizione dei diversi ruoli, degli ambiti di competenza ed un reale coordinamento delle attività delle diverse istituzioni coinvolte.

Figura 6: Categorizzazione delle relazioni di rete



Dallo schema emerge l'opportunità di procedere ad una differenziazione delle relazioni di rete: alcune saranno più intense e richiedono pertanto un certo tipo di formalizzazione, per esempio con gli ospedali e le cliniche, altre sono di tipo diverso, per esempio con i pediatri (o con le levatrici), altre ancora dovranno configurarsi secondo le specificità e le complementarità rispetto ai servizi delle ICMP (SMP, medicina scolastica, commissioni tutorie...). Per ogni "categoria" occorre procedere alla specifica definizione di un assetto relazionale di collaborazione.

4.8.3 La formazione e l'identità professionale

Infine, il terzo asse d'indirizzo riguarda la formazione e l'identità professionale, che potrebbero preludere la definizione di una nuova figura, quella dell'infermiera di famiglia.

Il profilo del professionista

Non c'è dubbio che l'utenza a cui si rivolge l'infermiera che lavora nel contesto delle cure e della consulenza materna e pediatrica territoriale sia la famiglia.

È a questa particolare tipologia d'utenza, ai suoi bisogni di salute e alle sue aspettative, che il profilo del professionista che lavora in un servizio sanitario territoriale deve rispondere. Deve rispondervi inoltre operando coerentemente con la "cultura della salute" del contesto in cui si inserisce la sua azione. Coerentemente con l'attuale concetto di salute, "cultura della salute" è

*"promuovere un sistema culturale basato su elementi cognitivi, valori e norme, schemi di comportamento che tutelino e promuovano la salute, che non producano malattie del corpo e della mente, cioè un sistema culturale che porti o riporti la fiducia sulle capacità e responsabilità individuali e collettive di controllare e promuovere la salute come risorsa per vivere bene e realizzarsi nella vita."*⁸⁵

In questo senso le strategie, anche assistenziali, che sostengono la persona e i gruppi a sviluppare le abilità e le competenze utili a mantenere un adeguato livello di autonomia nell'assumere comportamenti volti al mantenimento o raggiungimento del miglior stato di salute, all'aumento del benessere o alla prevenzione delle malattie, sono strategie opportune ed efficaci. Ancora prima della cura, la prevenzione della malattia, la promozione della salute e l'educazione sanitaria sono gli strumenti che il professionista della salute deve possedere per rispondere coerentemente ai bisogni di salute della popolazione e alle attese del gruppo sociale in merito all'elargire il "bene salute". Come visto, questo approccio corrisponde anche al concetto di "community work" precedentemente considerato.

⁸⁵ www.assimefac.it/articoli/Evoluzione%20concetto%20di%20salute-%202006.pdf

A partire dalla famiglia e di come questa si pone in relazione al “suo” paziente – al membro bisognoso di cure ed assistenza – si profila anche il bisogno di cure infermieristiche rivolto alla stessa e quindi il profilo dell’infermiera di famiglia. I suoi molteplici ruoli, come si evidenzierà di seguito, si attagliano perfettamente anche, e forse soprattutto, alle famiglie con bambini, conferendo all’infermiera pediatrica un *savoir faire* e una più ampia competenza operativa. Nei prossimi paragrafi si sviluppa il percorso qui succintamente delineato.

L’utenza: la famiglia, alcune definizioni

Scardinando le tradizionali ed univoche rappresentazioni della famiglia al fine di evidenziarne la molteplicità delle forme e la sua capacità evolutiva nella società, la COFF (Commissione federale di coordinamento per le questioni famigliari) propone la seguente definizione di famiglia:

“La realtà famigliare ed il modo d’intendere la famiglia sono soggetti ad una permanente evoluzione storica e rispecchiano i giudizi di valore di ogni epoca. Al giorno d’oggi consideriamo la famiglia un gruppo sociale riconosciuto dalla società e incentrato sulla relazione tra genitori e figli.

... le famiglie, luoghi di scambio e di organizzazione in comune della vita, contribuiscono a mantenere legami solidi tra le generazioni.”⁸⁶

La Classificazione internazionale della pratica infermieristica (ICNP) definisce invece la famiglia così:

“Un regroupement d’êtres humains considéré comme constituant une cellule sociale ou une entité collective et composée de membres liés les uns aux autres par le sang, la parenté, des relations juridiques ou émotionnelles...”⁸⁷

Questa famiglia, a volte, è confrontata con un “paziente” interno.

La famiglia in relazione al paziente

L’ Associazione svizzera infermieri (ASI) mette in evidenza l’attivazione della famiglia, nonché la sua importanza in occasione di specifici bisogni di assistenza e cura da parte di un suo membro:

“Persone che al momento dell’assistenza, delle cure sono considerate dal paziente/cliente come delle persone importanti e di risorsa e/o che intrattengono una relazione di responsabilità con lui (parente, tutore,...)”

Infine, secondo Bonnery A. M.:

“La famille est le prolongement de l’individu... qui remplit la fonction de porte-parole, de caisse de résonance, d’interprète de messages et de tendances exprimées implicitement par le patient.”

Dunque, qualsiasi “ingerenza” esterna rivolta ad un membro della famiglia va opportunamente mediata dalla famiglia stessa, che può richiedere di essere coadiuvata ed aiutata.

Le cure infermieristiche alle famiglie

La funzione coadiuvante delle cure infermieristiche alle famiglie è così descritta dal CII Consiglio internazionale delle infermiere (CII):

“La santé de la famille n’a jamais été aussi importante pour l’instauration d’une société forte et solide. Dans la mesure où elles aident les individus et les familles à faire des choix sains, à faire face à la maladie et à l’invalidité et à gérer le stress, tout en travaillant chez

⁸⁶ www.ekff-coff.ch

⁸⁷ CII. *La famille et les soins: les infirmières toujours là pour vous*. Genève: CII, 2002, pag. 5

eux, à l'école et sur leurs lieux de travail, les infirmières contribuent à asseoir la force de l'édifice le plus fondamental de la société – la famille. ⁸⁸

“ L'objet des soins infirmiers familiaux est de travailler avec tous les types de familles ainsi qu'avec les membres de la famille pris individuellement, afin de promouvoir la santé, de prévenir la maladie et de fournir des services de guérison, de soins et de réadaptation. Les infirmières travaillent avec et auprès des familles :

- *Pour réduire les facteurs qui nuisent à la santé*
- *Pour favoriser la bonne santé et le bien-être*
- *Pour renforcer la capacité de se soigner et de faire face.* ⁸⁹

Da queste funzioni si può dedurre il ruolo dell'infermiera di famiglia.

Il ruolo dell'infermiera di famiglia

Il ruolo dell'infermiera di famiglia è *“di aiutare la famiglia a raggiungere non solo di un alto livello di benessere, ma il “proprio“ livello di benessere considerando il contesto e le particolari abilità ed aspirazioni nel nucleo familiare.* ⁹⁰

Le cure infermieristiche prodigate alla famiglia s'indirizzano sia ai membri in buona salute, sia a quelli ammalati. Questo ruolo generale s'ispira ad alcuni principi fondamentali:

- *L'infermiera riconosce la relazione esistente tra la salute dell'individuo e quella della famiglia. Nel curare i membri della famiglia in quanto individui, si rivolge anche alla famiglia in quanto entità.*
- *L'infermiera esamina la relazione esistente fra i membri della famiglia e riconosce che gli individui e il gruppo hanno tempi differenti per raggiungere una condizione di salute.*
- *L'infermiera si impegna a definire i problemi di salute prioritari in seno alla famiglia.* ⁹¹
- *Le cure devono tener conto dell'esperienza globale e della situazione familiare (passato, presente e futuro)*
- *Le cure dispensate alla famiglia tengono conto della comunità e del contesto culturale nella quale è inserita.*
- *L'infermiera si impegna a rafforzare le interazioni fra i vari membri della famiglia e fra la famiglia e lei stessa.*
- *L'infermiera riconosce che i bisogni del singolo o della famiglia possono modificarsi nel tempo, l'azione dell'infermiera deve adattarsi ai cambiamenti e modificarne le priorità di cura.*

⁸⁸ ibidem pag. 2

⁸⁹ ibidem pag. 5

⁹⁰ L. Sasso, L. Gamberoni, A. Ferraresi, L. Ribaldi, *L'infermiere di famiglia, sari assistenziali e orientamenti futuri*, ed McGraw-Hill, Milano, 2005, pag. ix

⁶¹ CII. *La famille et les soins: les infirmières toujours là pour vous*. Genève: CII, 2002, pag. 11-12, libera traduzione

⁶² ibidem pag. 12-13, libera traduzione

Ruoli specifici

Il CII ha descritto la multicompetenza e l'assunzione di differenti funzioni dell'infermiera di famiglia attraverso le seguenti nove "étoiles":⁹²

Figura 7 : ruolo e competenze dell'infermiera di famiglia



Questo significa:

Educatore sanitario

L'infermiera è nella posizione ideale, vista la sua vicinanza alla famiglia, per dispensare un insegnamento formale ed informale allo scopo di promuovere la salute, di prevenire la malattia e gli incidenti e di riacquistare l'equilibrio familiare qualora fosse compromesso dalla malattia o dalla disabilità, dallo stress di differente origine o da qualsiasi incapacità.

Questo ruolo può essere espresso ai tre livelli della prevenzione (primaria, secondaria e terziaria).

Potendo entrare nei luoghi di vita delle famiglie (domicilio, asili nido, scuola, associazioni familiari, centri per le famiglie,...) l'infermiera mira a garantire la massima accessibilità alla salute e ai servizi preposti e ad individuare gli spazi di sviluppo delle condizioni per la salute e i fattori di rischio per la malattia e per il disagio nelle sue molteplici varianti. Sono soprattutto le famiglie "più fragili" a poter usufruire di questa vicinanza.

L'educazione alla salute prevede capacità pedagogiche e didattiche, da adattarsi all'utenza del momento.

Fornitore e supervisore delle cure

Al fine di promuovere la salute, prevenire la malattia e dispensare assistenza e cure adeguate, le infermiere applicano le differenti tappe del processo di *nursing*.

I bisogni della famiglia/popolazione sono attentamente rilevati e valutati, per far ciò l'infermiera di famiglia si avvale di differenti modelli per la valutazione familiare⁹³. La valutazione porta all'identificazione delle problematiche di salute e alla definizione delle competenze necessarie per farvi fronte: l'infermiera di famiglia deve poter decidere se si tratta di un intervento che le compete o se è opportuno mobilitare altri servizi della salute.

Alla valutazione fa seguito la definizione degli obiettivi assistenziali che sono stabiliti principalmente con l'utenza e con tutti quei *partner* della salute competenti ad assumersi la problematica identificata. Gli obiettivi principali sono di permettere all'utenza di divenire

⁹³ Per esempio: il modello FAIM per la valutazione e l'intervento orientato alla famiglia, il modello Friedman di valutazione della famiglia, il modello Calgary di valutazione e di intervento presso la famiglia o ancora il modello OMS/EURO per le cure infermieristiche orientate alla famiglia

attore principale della propria salute e di aiutare le famiglie ad acquisire quelle competenze utili a superare momenti particolarmente difficili.

La pianificazione e l'erogazione dell'assistenza considera l'individuo e la famiglia nel contempo, il loro grado di sviluppo, le dinamiche che intercorrono tra i vari membri della famiglia e le differenti capacità degli utenti di mobilitare strategie adeguate al riadattamento: in questo senso le infermiere si adattano alle differenti caratteristiche e peculiarità famigliari e alla loro continua evoluzione, valorizzano la parte sana e rinforzano l'autostima. Gli obiettivi sono raggiungibili se la famiglia è coinvolta nelle varie fasi assistenziali.

L'infermiera di famiglia è pure responsabile della supervisione dell'assistenza erogata e delegata e delle cure di cui si fa carico la famiglia. La valutazione dei risultati è stabilita non solo in termini di efficacia ma anche di efficienza dell'intervento.

La professione infermieristica è allo stesso tempo pensiero ed azione: sono necessari arte del *nursing*, conoscenza scientifica, abilità tecnica, conoscenza etica, buon senso, conoscenza di sé stessi e dell'umano, pensiero critico e pratica riflessiva.

Difensore della famiglia

L'infermiera di famiglia sostiene e aiuta le famiglie ad esprimersi, si fa portavoce dei bisogni dell'utenza e fa da tramite tra famiglia e professionisti della salute.

Epidemiologo e segnalatore dei casi

La capillarità con cui le infermiere di famiglia raggiungono l'utenza le mette nella condizione ideale di rilevare in modo sistematico il tipo di casistica, i bisogni e le problematiche ricorrenti a livello della popolazione. Le infermiere sono uno "strumento" privilegiato di rilevamento della domanda.

Ricercatore

La valutazione dei bisogni delle famiglie e della popolazione prevede la mobilitazione di competenze metodologiche e di ricerca. Il rilevamento del bisogno e la sua caratterizzazione sono eseguiti a partire da modelli e metodi validati.

Quotidianamente nell'esercizio della sua professione, l'infermiera ricerca risposte e soluzioni facendo riferimento a raccomandazioni provenienti dalle evidenze scientifiche ("*Evidence Based Practice*") o basate su dati validi e riconosciuti. L'infermiera è inoltre capace di partecipare in modo attivo alla ricerca.

Coordinatore

L'infermiera di famiglia mette le sue competenze di coordinatrice a favore della gestione dell'insieme delle relazioni e delle collaborazioni stabilite con le famiglie e con i servizi socio-sanitari al fine di migliorare l'accesso ai servizi e l'utilizzo degli stessi e di garantire la riuscita dell'intervento.

Vista la molteplicità tipologica dell'intervento sono necessarie spiccate doti di coordinamento per assicurarne efficacia ed efficienza sia per quanto riguarda l'attività autonoma che il lavoro in rete.

Consigliere

L'infermiera di famiglia gioca questo ruolo terapeutico quotidianamente mantenendo relazioni d'aiuto di valore e aiutando le famiglie a comprendere meglio la loro situazione di salute, a identificare le difficoltà e a stabilire strategie proprie alla famiglia stessa. Le capacità relazionali e comunicative sono alla base dell'ottenimento dell'alleanza terapeutica, Per far ciò è indispensabile assumere una postura empatica, vale a dire

essere capaci a mettersi nei panni dell'altro e a ricostruirne i punti di vista e i ragionamenti.

Consulente

Il sapere e le competenze dell'infermiera di famiglia sono messi a disposizione delle famiglie e delle istituzioni al fine di identificare i problemi di salute, le risorse esistenti e le opportunità assistenziali, e di facilitare l'accesso ai servizi.

Promotore di cambiamento

Il contesto è in rapida evoluzione, i bisogni delle famiglie e della popolazione si modificano, nuove sono le sfide che incombono nel mondo della salute: l'infermiera di famiglia aggiorna le sue conoscenze e adatta la sua professionalità ai nuovi obiettivi sanitari, promuove l'innovazione e il cambiamento a favore di una risposta assistenziale pertinente, coerente e responsabile. È un professionista riflessivo, capace di agire e di comportarsi in modo non abitudinario.

Si adopera per migliorare la qualità dell'assistenza, della professionalità implicata e del contesto di cura, in un'ottica di qualità praticabile.

Lavora alla modificazione ambientale al fine di aumentare l'autonomia e ridurre il disagio di alcune categorie di utenti.

4.8.4 Il Profilo delle ICMP

La descrizione del profilo dell'infermiera di famiglia si adatta molto bene agli infermieri che lavorano sul territorio e che, come le ICMP, si rivolgono alle famiglie.

In particolare le ICMP si rivolgono a famiglie con bambini, utenza che, senza dubbio, richiede la presenza di infermiere con preparazione pediatrica. Queste sono responsabili, in collaborazione con altre figure professionali di definire, pianificare, erogare e valutare le cure indirizzate a gestanti, puerpere, neonati, bambini e adolescenti, siano essi sani o malati, e ai loro prossimi.

L'assistenza si attua nel campo della promozione della salute, della prevenzione della malattia, della cura, della riabilitazione e della palliazione.

Come altri contesti clinici anche il materno – pediatrico si trova confrontato con nuove sfide, determinate anche dall'evoluzione dei servizi socio-sanitari e dalle modalità di erogazione delle prestazioni:

- operare in un contesto in rapida evoluzione e di crescente complessità
- affrontare nuove emergenze sanitarie (per es. obesità infantile, migrazione delle famiglie,...)
- privilegiare l'assistenza pediatrica domiciliare e lasciare le cure residenziali ai casi strettamente necessari
- rispondere alle esigenze dell'utenza, alle richieste dei quadri e agli orientamenti sanitari
- lavorare dovendo giustificare il proprio modo di agire, legittimare gli interventi professionali e utilizzare in maniera coscienziosa le risorse
- perseguire la qualità (aumentare la probabilità di conseguire i risultati sanitari previsti, ottimizzare)
- valutare la qualità dell'assistenza (utilizzo di indicatori di struttura, processo e risultato)
- dare visibilità alla propria professionalità, al proprio agire e alle prestazioni erogate

- adottare metodi di rilevamento dati e comunicazione coerenti con le attuali esigenze (utilizzo del mezzo informatico).

Tutto ciò richiede l'acquisizione di competenze professionali adeguate.

L'infermiera di famiglia e la formazione

L'assistenza infermieristica alla famiglia costituisce uno degli argomenti più attuali ed interessanti sul quale la professione infermieristica si sta confrontando; ne sono un indicatore le differenti pubblicazioni sul tema e l'avvio di corsi di formazione specifici.

Dalle precedenti considerazioni sul ruolo ne scaturisce un profilo che equivale a quello delle competenze d'uscita di una attuale formazione post-diploma.

Infatti, i corsi che iniziano a proporsi, si situano a livello post-diploma; si tratta di

*“...un corso di formazione avanzata, per far acquisire agli Infermieri ed Ostetriche quelle competenze specifiche utili a mettere in atto interventi relativi alla difesa della Salute , per quanto di competenza, dei singoli, della Famiglia, dei Gruppi e delle Comunità, in autonomia e/o in collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale”.*⁹⁴

Tendono allo sviluppo di specifiche competenze in ambito:

- *”educativo: mette infatti i partecipanti in grado di utilizzare e trasmettere le conoscenze in un approccio mirato sia all’ambiente sanitario sia alla famiglia e alla comunità, così come in ambito della formazione infermieristica ai diversi livelli operativi assistenziale/clinico, in quanto mette i partecipanti in grado di acquisire strumenti per valutare la Salute dal punto di vista infermieristico, dei Singoli, della Famiglia, dei Gruppi e delle Comunità e di sostenere i singoli con la relazione di aiuto e di counselling*
- *gestionale per proporre, gestire, monitorare e valutare l’organizzazione del servizio nel suo insieme e gli interventi sui Singoli, sulla Famiglia, sui Gruppi e sulla Comunità al fine di sostenere una politica di promozione di una popolazione sana ed offrire servizi nuovi che accompagnino le persone nello sviluppo di una consapevolezza per le scelte relative alla salute*
- *della ricerca in quanto mette i partecipanti in grado di utilizzare i diversi approcci e gli strumenti della ricerca utilizzando anche i risultati di questa nella messa in atto dei percorsi di intervento.”*⁹⁵

I risultati attesi da questo *curriculum* formativo sono i seguenti:

“Capacità di:

- *identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni delle persone e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità*
- *prendere decisione su principi etici*
- *pianificare, fornire e valutare l’assistenza alla persone e alla famiglia*
- *promuovere la salute della famiglia e della collettività*
- *coordinare e gestire l’assistenza, compresa quella delegata ad altro personale*
- *documentare sistematicamente la propria pratica*
- *definire standard e valutare l’efficacia delle attività infermieristiche di famiglia*
- *lavorare da soli e in team*

⁹⁴ http://www.uniroma1.it/studenti/laureati/master/scheda_c.php?codice=10675&cod_fac=C

⁹⁵ http://www.uniroma1.it/studenti/laureati/master/scheda_c.php?codice=10675&cod_fac=C

- *gestire i cambiamenti ed esserne agenti*
- *mostrare l'evidenza del proprio lavoro e della propria formazione continua.*⁹⁶

A titolo di confronto con le competenze delineate all'assunzione del ruolo di infermiere di famiglia, descriviamo qui sotto le finalità del corso post diploma di "specialista clinico in area salute pubblica livello certificato" offerto dalla Scuola superiore per le Formazioni sanitarie (SSFS) di Stabio.

"Lo specialista clinico dell'area di salute pubblica è una figura sociosanitaria che si occupa della prevenzione e promozione della salute, della gestione della crisi e del quotidiano dell'utente, della riabilitazione e della ricerca. È quindi responsabile di definire, pianificare, erogare e valutare delle prestazioni individualizzate all'utente e al suo sistema d'appartenenza, oltre che a gruppi della popolazione. È al servizio di tutta la popolazione in qualsiasi fascia d'età. Lavora prevalentemente in équipe multiprofessionali e interdisciplinari, nel territorio, nell'assistenza domiciliare e comunitaria, ma anche in strutture sociali o sanitarie. Svolge la sua attività in regime dipendente o libero professionale.

Profilo di competenze:

- *elaborare, introdurre progetti preventivi e terapeutici specifici all'area salute pubblica, basati su conoscenze scientificamente valide e costantemente aggiornate*
- *progettare e realizzare, in collaborazione con i superiori e con l'équipe lavori di ricerca basati su problematiche professionali nell'ambito di esperto clinico*
- *promuovere prestazioni di qualità garantendone la costante valutazione*
- *identificare i fattori che favoriscono un apprendimento attivo e creare condizioni favorevoli nel proprio contesto professionale*
- *integrare l'utilizzazione delle attuali tecnologie della comunicazione e informazione nelle metodologie di lavoro e di ricerca*
- *esercitare il loro ruolo aderendo, con consapevolezza critica, ai principi e alle norme che orientano l'assistenza*
- *promuovere la collaborazione tra i professionisti e le strutture delle aree interessate per assicurare la qualità dell'intervento*
- *elaborare, introdurre e valutare progetti di innovazione e/o di cambiamento in ambito clinico*
- *elaborare, introdurre e verificare progetti terapeutici, tenendo conto del loro impatto sulla qualità della vita*
- *garantire la pertinenza dei progetti terapeutici e la coerenza dei diversi interventi in situazioni caratterizzate da incertezza ed elevata complessità*
- *analizzare e trasferire conoscenze ed esperienze di altri contesti, valorizzandone la differenza e la diversità di approcci".*⁹⁷

Il corso è offerto alla SSFS dal 1999; finora solo un corso è stato portato a termine per mancanza di iscritti. Nonostante ciò, come per gli altri curricula formativi post diploma offerti dalla SSFS, anche questo curriculum è in via di revisione in considerazione del livello di competenza atteso nei confronti di questi professionisti di salute pubblica.

⁹⁶ L. Sasso, L. Gamberoni, A. Ferraresi, L. Tibaldi, *L'infermiere di famiglia, scenari assistenziali e orientamenti futuri*, ed McGraw-Hill, Milano, 2005, pag. 56

⁹⁷ <http://www.ssfs.ch>

A nostro avviso il corso sarebbe stato utile in questi anni di transizione per contribuire alla costruzione di quelle competenze richieste alle équipes di consulenza materna e pediatrica, responsabili compresi

Possiamo affermare che l'obiettivo di valorizzazione dell'assistenza alle famiglie e all'infanzia descritto attraverso i molteplici obiettivi pianificatori che si sono susseguiti, è decisamente coerente con il tipo di assistenza attribuita all'infermiera di famiglia.

Troviamo pure coerenza con il mandato della Legge famiglia e per questo motivo gli obiettivi ad indirizzo delle ICMP, per quanto impegnativi, sono pertinenti.

Purtroppo la valutazione di questi obiettivi ne mette alla luce solo un parziale raggiungimento a differenti livelli nei diversi SACD (cfr. Cap. 2 "Efficacia del servizio di consulenza materno-pediatrica").

Sono necessarie delle decisioni di fondo rispetto all'assetto da dare al servizio - vedi le proposte di riassetto organizzativo e di differenziazione delle relazioni con i *partner* del sistema socio-sanitario - , nonché agli obiettivi strategici e pianificatori da perseguire, con l'intento di sviluppare una visione condivisa del valore e del ruolo che questa figura professionale riveste nell'ambito della salute pubblica. La formazione del personale, in questo senso, non è da sottovalutare, anche per orientare e rafforzare nei collaboratori la presa di coscienza dell'importanza e della specificità del proprio ruolo ed identità professionale.

CONCLUSIONI E PROPOSTE

Valutazione generale delle prestazioni delle ICMP

Al di là dei dati quantitativi (vedi allegato A Dati quantitativi), emerge un tratto prevalente delle attività delle ICMP, le quali si rivolgono a due categorie principali di bisogni dell'utenza:

- da un lato le caratteristiche fondamentali del loro intervento sono riconducibili ad una tipologia assai profilata, in risposta a situazioni e problematiche variabili ma tutto sommato gestibili secondo modalità e competenze che non dovrebbero rappresentare né una difficoltà dal profilo dell'intervento in sé, né dal profilo organizzativo. Questo vale soprattutto per le prestazioni di consulenza (in ambulatorio, a domicilio o telefoniche);
- dall'altro lato, all'opposto esse possono essere attivate in modo da richiedere uno sforzo e delle risorse molto intense, in virtù di situazioni molto particolari, difficili, specifiche e a volte parecchio complesse per bisogni di natura sociale ma anche sanitaria e, benché non numerosissime, tali da richiedere competenze elevate, non solo professionali ma di gestione e coordinamento. Queste situazioni devono tener conto di dimensioni diverse e richiedere interventi multipli, sia dal profilo prettamente assistenziale che organizzativo. Ora, se è vero che sono queste le situazioni più impegnative e problematiche, e non tanto le situazioni "ordinarie", è altrettanto vero che in queste situazioni le ICMP possono assumere un ruolo estremamente prezioso e fondamentale. Spesso, in questa seconda categoria, rientrano anche le prestazioni per bisogni di cura.

Il Cap. 1 (L'utenza, i bisogni e le risposte dei servizi ICMP), le interviste e l'inchiesta esterna (vedi allegati B e C) precisano questi tratti, confermando sostanzialmente che le ICMP rispondono sia ad un bisogno generale di protezione e di consulenza sanitaria e sociale (nei termini previsti dalla Legge per le famiglie), sia a bisogni specifici di assistenza e cura, nonché a situazioni "di disagio o di crisi".

Le analisi d'efficacia – nonostante le difficoltà di verifica - mostrano diversi spazi di miglioramento.

Valutazione della situazione formativa

In base alla valutazione effettuata, da cui emerge un quadro assai differenziato della situazione, si può osservare quanto segue: l'integrazione all'interno dei SACD dei Servizi di consulenza materna e pediatrica, gli obiettivi strategici ed operativi previsti, le caratteristiche dell'utenza, nonché l'evoluzione dell'azione sociale e dell'assistenza in salute pubblica, necessitano di competenze più ampie nella gestione di progetti e cambiamenti, nella ricerca a favore di un'assistenza di qualità, nella valutazione delle prestazioni. Queste competenze sottintendono l'acquisizione o la riattualizzazione di abilità cliniche e sociali, ma anche comunicative, organizzative e di gestione, di coordinamento, informatiche e di lavoro interdisciplinare e multiprofessionale. È auspicabile un aggiornamento di queste competenze secondo gli indirizzi indicati (vedi Cap. 3 e 4).

Integrazione e organizzazione

Sono state considerate le seguenti alternative di riorganizzazione dei servizi ICMP:

- status quo (nessun cambiamento)
- riorientamento dei compiti senza cambiamento dell'assetto istituzionale
- riorganizzazione delle ICMP senza cambiamento dell'assetto istituzionale ma con cambiamento organizzativo (riorganizzazione decentrata)
- riorganizzazione delle ICMP con cambiamento dell'assetto istituzionale
- riorganizzazione delle ICMP in un unico servizio cantonale
- Rinuncia al servizio ICMP dei SACD.

Dall'esame effettuato risulta una preferenza per l'ipotesi della riorganizzazione decentrata, intesa qui come proposta di cambiamento organizzativo senza ridefinizione istituzionale. Si tratterebbe in altri termini di organizzare diversamente i servizi offerti dalle ICMP senza scorporarle dagli attuali SACD. Il mantenimento delle ICMP nei SACD va precisato nel senso che essi continuerebbero a rappresentare sia l'inquadramento istituzionale delle ICMP – con i quali continueranno ad identificarsi – sia il necessario supporto amministrativo e gestionale. Per contro, dal profilo organizzativo, le ICMP dovrebbero disporre di un nuovo spazio d'azione, più autonomo e meno condizionante dalle strutture dei singoli SACD.

Organizzativamente infatti, le ICMP devono tenere conto dell'esigenza emersa dall'esame delle caratteristiche dell'utenza, dei bisogni e della natura delle prestazioni, nonché delle esigenze gestionali legate al riconoscimento di un bisogno pubblico, della competenza istituzionale, della competenza esecutiva e della dimensione territoriale.

Questo tipo di organizzazione corrisponderebbe pertanto meglio delle altre soluzioni esaminate alle caratteristiche della natura delle prestazioni ed attività delle ICMP, e sarebbe in grado di assecondare il più possibile le esigenze differenziate richieste dall'utenza. Assicurerebbe inoltre una sufficiente autonomia operativa tra le ICMP e sarebbe in linea con i principi della Legge per le famiglie.

Conclusioni e proposte d'indirizzo

Sulla base alla valutazione effettuata, in risposta al mandato, si formulano le seguenti conclusioni generali, concernenti:

1. l'assetto istituzionale ed organizzativo, per il quale si postula il rafforzamento organizzativo dei servizi ICMP negli attuali SACD, secondo l'ipotesi della riorganizzazione decentrata
2. il consolidamento ed il rafforzamento dei servizi ICMP nella rete socio-sanitaria cantonale e delle collaborazioni esterne, per le quali si propone una diversificazione organica e una strutturazione delle relazioni con i diversi *partner*
3. l'identità professionale e la formazione, per le quali si postulano degli indirizzi di aggiornamento nonché una nuova prospettiva attorno alla figura dell'"infermiera di famiglia".

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Albano Ugo, *Il professionista dell'aiuto, tra identità e organizzazione*, ed. Carocci Faber, Roma, 2004
- Bolgiani Iva, *L'application des nouvelles méthodes de gestion publique dans les secteurs sanitaire et hospitalier : risques et opportunités*, Muri, Cahiers d'étude, 2002.
- Caimi Massimo, *Outsourcing nel settore pubblico ticinese*, Lavoro di Tesi, USI-SUPSI, EMAP, Lugano, 2006
- Commissione delle comunità europee, *La gouvernance europea. Un libro bianco*, Bruxelles, 2001
- Commissione delle comunità europee, *La gouvernance europea. Un libro bianco*, Bruxelles, 2001.
- Consiglio di Stato, *Messaggio 5280, Legge sul sostegno alle attività delle famiglie e di protezione dei minorenni (Legge per le famiglie – Lfam)*, 25 giugno 2002
- Consiglio di Stato, *Decreto esecutivo concernente la convenzione sottoscritta tra la Conferenza cantonale dei servizi di assistenza e cura a domicilio (CCSACD) e santésuisse Ticino*, Bellinzona, del 25 giugno 2002
- Consiglio di Stato, *Messaggio concernente il potenziamento e la ristrutturazione dei servizi di assistenza e cura a domicilio, nonché una nuova modalità di ripartizione degli oneri e delle competenze tra il Cantone e i Comuni nei campi degli ospedali pubblici (EOC), degli istituti per anziani (CPA) e dei servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD), in risposta all'iniziativa parlamentare 18 dicembre 1988 presentata nella forma generica dall'on. Carlo Donadini per il gruppo PPD*, 31 agosto 1994
- Consiglio federale svizzero, *Rapporto "Infanzia maltrattata in Svizzera" e parere del Consiglio federale*, giugno 1995
- DOS, *Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio*, seconda parte, Bellinzona, aprile 2000
- DOS, *Rapporto sulla pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio*, prima parte, gennaio 1999
- DOS/DAS/SSEAS, *Progetto assistenza e cura a domicilio, Sperimentazione: l'infermiera consulente materna e pediatrica e la nuova impostazione per la valorizzazione dell'assistenza alle famiglie e all'infanzia*, aprile 2000
- DOS/DAS/SSEAS, *Progetto assistenza e cura a domicilio, TI – DOCC – MI, manuale per l'uso*, Bellinzona, gennaio 2001
- DOS/DAS/SSEAS, *Progetto assistenza e cura a domicilio, TI – DOCC & Modulo RAI – HC, manuale per l'uso*, Bellinzona, gennaio 2001
- DOS/DAS/SSEAS, *Rapporto di sintesi, sperimentazione, ultima fase*, luglio 2001
- DSS, *Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2005 – 2009*, Bellinzona, dicembre 2005

- DSS, *Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2005 – 2009, capitoli riguardanti il tema della consulenza materno-pediatrica*, versione completa Bellinzona, dicembre 2005
- DSS, *Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio, Rapporto complementare*, Bellinzona settembre 2002
- DSS/DAS, *Catalogo dei servizi e delle prestazioni*, Bellinzona, settembre 2005
- EACH, *Carta dei diritti del bambino in ospedale*, 1° Convegno europeo, Leida, Olanda, maggio 1988
- Fragnère Jean-Pierre, "Perspectives pour l'étude de la politique sociale en Suisse", in *Fare politica sociale oggi, Réalités sociales*, Lausanne, 1998
- Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino, *Legge per la protezione della maternità, dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza*, 15 gennaio 1963
- Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino, *Legge sul sostegno alle attività delle famiglie e di protezione dei minorenni (Legge per le famiglie)*, 15 settembre 2003
- Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino, *Legge sull'assistenza e cura a domicilio*, 16 dicembre 1997
- Lega polmonare svizzera, *Prevenzione, inquinamento atmosferico*, Typopress Bern AG, Berna
- Mariolini Nicoletta, Wernli Boris, *Benessere e salute degli utenti dell'assistenza e cura a domicilio, valutazione dell'impatto della LACD*, prima parte, Bellinzona, novembre 2003
- Pipad'es, *Prévention des accidents d'enfants: module de formation*, avril 2002
- Sasso Loredana, Gamberoni Loredana, Ferraresi Annamaria, Ribaldi Laura, *L'infermiere di famiglia: scenari assistenziali e orientamenti futuri*, ed McGraw-Hill, Milano, 2005
- SSFS, *Linee guida per la prevenzione e la cura dei disturbi psichici delle donne nel post-parto*, a cura di Susanne Knüppel Ghisletta, Stabio 2004
- SUPSI, *LACD 2000 – 2003, Rapporto di valutazione dell'applicazione della legge sull'assistenza e cura a domicilio durante il 1° quadriennio*, Manno, febbraio 2005
- SUPSI, *LACD 2000 – 2003, Rapporto di valutazione dell'applicazione della legge sull'assistenza e cura a domicilio durante il 1° quadriennio*, Manno, maggio 2005
- SUPSI/DLS, *Complemento al Rapporto di valutazione della sperimentazione e del primo anno e mezzo di attuazione della LACD e della pianificazione*, maggio 2002
- SUPSI/DLS, *Rapporto di valutazione della sperimentazione e del primo anno e mezzo di attuazione della LACD e della pianificazione*, dicembre 2001
- Valsangiacomo Susanna, *Linee guida per il lavoro interdisciplinare dell'infermiera consulente materna e pediatrica*, lavoro di progetto WE'G Höheres Fachdiplom Mütter-Väterberatung, Agno, marzo 2005
- Zahorka M., Blöchliger C., *Bedürfnisanalyse zur reproduktiven Gensundheit von Migrantinnen in der Schweiz*, Basel, 2003

SITOGRAFIA

- www.ti.ch/DSS/DAS/SSEAS/temi/acd/serviziACDicmp/introduzione.htm
- www.ti.ch/DSS/DAS/SSEAS/temi/acd/info_generali.htm
- www.ti.ch/DSS/DAS/SSEAS/temi/acd/serviziACDicmp/ruolo_inf.htm
- www.ti.ch/DSS/DAS/SSEAS/temi/acd/serviziACDicmp/lavoro_interdiscip_cons_telef.htm
- www.ti.ch/DSS/DAS/SSEAS/temi/acd/serviziACDicmp/lavoro_interdiscip_1_visita.htm
- www.ti.ch/DSS/DAS/SSEAS/temi/acd/serviziACDicmp/lavoro_interdiscip_cons_ambul.htm
- www.ti.ch/DSS/DAS/SSEAS/temi/acd/PDF/docACD/TI-DOCC-MI-vers1.0-30.01.pdf
- www.ti.ch/dss/temi/politica_familiare/legge.htm#Gli%20obiettivi
- www.kanimambo.it/risorse/2006.08.corso.formazione.pdf
- www.weg-edu.ch
- www.ssfs.ch
- www.ekff-coff.ch
- www.assimefac.it/articoli/Evoluzione%20concetto%20di%20salute-%202006.pdf
- www.eoc/allegati/r_annuale_2005.pdf
- www.upi.ch
- www.pipades.ch
- www.swiss-paediatrics.org/parents/sids/index-it.htm
- www.swiss-paediatrics.org/parents/sids/index-it.htm
- www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol17/vol17n5/pdf/34.pdf
- http://194.6.181.127/ita/economia/detail/Sempre_pi_bambini_svizzeri_in_sovrappeso.html?siteSect=161&sid=1606093&cKey=1044213540000
- www.saperidoc.it/doc_146.html
- www.saperidoc.it/ques_158.html
- www.saperidoc.it/ques_160.html
- www.saperidoc.it/ques_161.html
- www.saperidoc.it/ques_162.html
- www.saperidoc.it/ques_163.html
- www.saperidoc.it/ques_165.html
- www.mobile-sport.ch/upload/pdf/i_16-17_Akzente.pdf
- http://194.6.181.127/ita/economia/detail/Sempre_pi_bambini_svizzeri_in_sovrappeso.html?siteSect=161&sid=1606093&cKey=1044213540000
- www.sfa-ispa.ch/index.php?IDtheme=142&IDarticle=1166&IDcat7visible=1&langue=F
- www.bag.admin.ch/sucht/migration/d/migration.pdf
- <http://aspi.dti.supsi.ch/browse/thinking>
- www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/rechtspflege/kriminalitaet_strafvollzug/oper_von_straftaten/kennzahlen0/ueberblick/01.html
- www.muetterberatung-tg.ch

GLOSSARIO, ACRONIMI

AF	Aiuto familiare
ALVAD	Associazione Locarnese e Valmaggese per l'assistenza e cura a domicilio
APSI	Associazione pediatri della Svizzera Italiana
ASI	Associazione svizzera infermiere/i
CCSACD	Conferenza cantonale dei servizi di assistenza e cura a domicilio
CE	Capo equipe
CHUV	Centre Hospitalier Universitarie Vaudois
CII	Consiglio internazionale delle infermiere
COFF	Commissione federale di coordinamento per le questioni famigliari
CPA	Casa per anziani
CPMP	Consorzio profilattico materno e pediatrico
CRS	Croce rossa svizzera
CRT	Commissione tutoria regionale
DASF	Divisione dell'azione sociale e delle famiglie
DSAS	Dipartimento Scienze aziendali e sociali della SUPSI
DSS	Dipartimento della Sanità e della Socialità
EACH	European Association for Children in Hospital
EOC	Ente ospedaliero cantonale
ICMP	Infermiera consulente materna e pediatrica
ICNP	Classificazione internazionale della pratica infermieristica
ISPA	Istituto svizzero per la prevenzione dell'alcolismo
LACD	Legge sull'assistenza e cura a domicilio, del 16 dicembre 1997
Lfam	Legge sul sostegno alle attività delle famiglie e di protezione dei minorenni (Legge per le famiglie), del 15 settembre 2003
LMI	Legge per la protezione della maternità, dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza, del 15 gennaio 1963
MAGGIO	Associazione per l'assistenza e cura a domicilio del Malcantone e Vedeggio
OAMal	Ordinanza sull'assicurazione malattie del 27 giugno 1995
OCL	Ospedale Civico Lugano
OMS	Organizzazione mondiale della salute
ORL	Ospedale regionale di Lugano
PS	Pronto soccorso
RTV	Regione TreValli
SACD	Servizio di assistenza e cura a domicilio
SCMP	Servizio di consulenza materna e pediatrica
SCuDo	Servizio di cure a domicilio – Associazione per l'assistenza e cura a domicilio del Luganese

SMP	Servizio medico psicologico
SMS	Servizio medicina scolastica
SSEAS	Sezione del Sostegno a Enti e Attività Sociali
SSFS	Scuola superiore per le formazioni sanitarie
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana
SUPSI/DLS	SUPSI/Dipartimento di lavoro sociale (ora DSAS)
SWOT	Analisi "Punti forti-deboli-opportunità-minacce"
TI-DOCC-MI	Strumento di valutazione e gestione della casistica e manuale d'uso
Ustat	Ufficio cantonale di statistica
UTP	Unità a tempo pieno
WE'G	Weiterblidunszentrum für Gesundheitsberufe

ALLEGATI

ALLEGATO A Dati quantitativi

- “Costo analitico” della consulenza materno-pediatria 2003-2005
- Evoluzione bambini seguiti – tutti i servizi, 2000-2005
- Evoluzione bambini seguiti – 4 SACD, 2000-2005 (grafico)
- Numero contatti-bambini seguiti SCuDo, per fascia d’età, 2005
- Numero bambini visitati SCuDo, per nazionalità e fascia d’età, 2005
- Evoluzione numero consulenze in ambulatorio/sede – tutti i servizi, 2000-2005
- Evoluzione numero consulenze telefoniche – tutti i servizi, 2000-2005
- Evoluzione numero consultazioni/visite a domicilio – tutti i servizi, 2000-2005
- Statistica prestazioni (per funzioni ICMP), SCuDo, 2005
- Evoluzione ore consulenze in ambulatorio/sede – tutti i servizi, 2000-2005
- Evoluzione ore consulenze telefoniche – tutti i servizi, 2000-2005
- Evoluzione ore consulenze/visite a domicilio – tutti i servizi, 2000-2005
- ICMP 2004 – statistica utenti e prestazioni – tutti i servizi
- ICMP SACD Mendrisiotto e Basso Ceresio, statistica utenti e prestazioni, 2000-2005
- ICMP SACD Luganese (SCuDo), statistica utenti e prestazioni, 2000-2005
- ICMP SACD Malcantone e Veduggio (MAGGIO), statistica utenti e prestazioni, 2000-2005
- ICMP SACD Locarnese e Vallemaggia (ALVAD), statistica utenti e prestazioni, 2000-2005
- ICMP SACD Bellinzonese (ABAD), statistica utenti e prestazioni, 2000-2005
- ICMP SACD Tre Valli, statistica utenti e prestazioni, 2000-2005

"Costo analitico" della consulenza materno-pediatrica 2003-2005

Costo del centro finale d'imputazione

SACD	2003	2004	2005
Mendrisiotto	234'234	155'540	166'096
SCuDo	435'397	441'745	481'846
MAGGIO	166'455	170'445	193'946
ALVAD	236'706	218'782	244'130
ABAD	264'755	267'682	282'582
SACD RTV	201'436	202'778	212'006
Totale	1'540'986	1'458'976	1'582'611

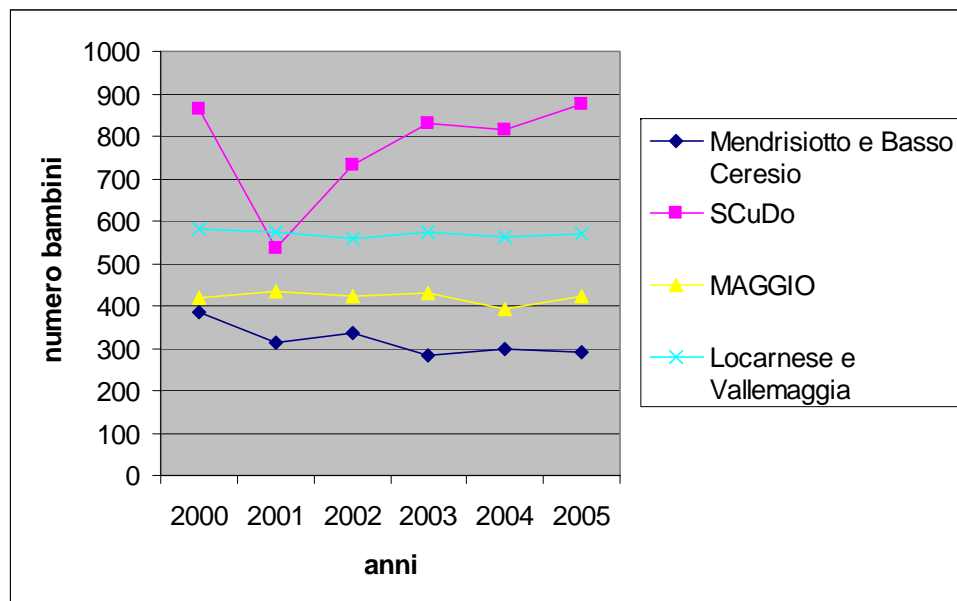
Costo per ora

SACD	2003	2004	2005
Mendrisiotto	102.71	91.98	105.58
SCuDo	115.37	128.32	130.85
MAGGIO	97.97	100.40	122.17
ALVAD	80.99	84.64	89.08
ABAD	124.67	107.52	112.98
SACD RTV	110.43	110.45	108.88
Media aritmetica	105.36	103.89	111.59

Evoluzione bambini seguiti - tutti i servizi, 2000-2005

Servizio	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Sottoceneri	1701	1476	1902	1895	1765	1856
Mendrisiotto e Basso Ceresio	385	313	334	283	300	290
SCuDo	863	535	733	831	816	874
MAGGIO	419	435	421	431	394	422
Sopraceneri					1426	1473
Locarnese e Vallemaggia	581	575	560	575	563	568
ABAD					584	587
SACD Tre Valli			302	273	279	318
Cantone					3191	3329

Evoluzione bambini seguiti – 4 SACD*, 2000-2005



* Mendrisiotto e Basso Ceresio, SCuDo, MAGGIO e Locarnese e Vallemaggia

Numero contatti-bambini seguiti SCuDO, per fascia d'età, 2005

Età bambini	da 0 a 1	da 1 a 2	da 2 a 3	da 3 a 4	> 4	Totale
Consultazione/visita a domicilio	267	81	20	5	1	374
Consultazione in ambulatorio	368	241	47	5	3	664
Consultazione telefonica	248	141	30	3		422
Altro	58	32	10			100
Totale bambini*	941	495	107	13	4	1560

*Totale contatti-bambino. Un bambino, se ha più contatti è conteggiato più volte

Numero bambini visitati SCuDo, per nazionalità e per fascia d'età, 2005

Nazionalità/età bambini	da 0 a 1	da 1 a 2	da 2 a 3	da 3 a 4	> 4	Totale
Svizzera	787	415	87	13	3	1305
Italiana	83	33	14			130
Portoghese	11	10	1			22
Srilanka	4	9				13
Serba	8		2			10
Bosniaca	2	5				7
Croata	4	2				6
Turca	2	3				5
Kossovara	4	1				5
Francese	4					4
Angolese		3				3
Iraniana		2				2
Russa		1			1	2
Inglese		1				1
Germanica	1					1
Austriaca			1			1
Altra	5					5
	915	485	105	13	4	1522

Evoluzione numero consulenze in ambulatorio/sede - tutti i servizi, 2000-2005

Servizio	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<i>Sottoceneri</i>	5511	5824	5933	5595	3734	3828
Mendrisiotto e Basso Ceresio	1950	2378	2185	2047		
SCuDo	2262	1946	2274	2077	2190	2286
MAGGIO	1299	1500	1474	1471	1544	1542
<i>Sopraceneri</i>				1662	1115	1294
Locarnese e Vallemaggia	1674	1320	1118	1093	920	1079
ABAD				243	138	163
SACD Tre Valli				326	57	52
<i>Totale</i>						

Evoluzione consulenze telefoniche - tutti i servizi, 2000-2005

Servizio	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Sottoceneri						
Mendrisiotto e Basso Ceresio	2224	1604	1806	1777		
SCuDo	1571	2233	1935	1120	1273	1303
MAGGIO						
Sopraceneri						
Locarnese e Vallemaggia	2573	2500	2530	2555	3445	3454
ABAD				384	344	329
SACD Tre Valli					318	351
Cantone						

Evoluzione consulenze/visite a domicilio - tutti i servizi, 2000-2005

Servizio	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Sottoceneri						
Mendrisiotto e Basso Ceresio	1836	1550	1659	1566	1429	1348
SCuDo	1204	1481	1294	1263	1136	1234
MAGGIO	419	506	748	633	555	560
Sopraceneri						
Locarnese e Vallemaggia	979	1255	1451	1593	1470	1559
ABAD				1522	1480	1633
SACD Tre Valli				1483	1639	1680
Cantone				8060	7709	8014

Statistica prestazioni (per funzioni ICMP), SCuDo, 2005

	Q prest	Ore	% ore ric	% ore tot
Prestazioni dirette	3294	3039.72	54.18	60.74
cure medico terapeutiche	106	56.77	1.01	1.13
ICMP	3188	2982.95	53.17	59.60
Prestazioni indirette	4141	2570.27	45.82	39.26
gestione caso	1289	796.42	14.20	15.91
prestazioni amministrative	996	501.75	8.94	10.03
formazione	123	309.90	5.52	6.19
vacanze, congedi contrattuali, militare	106	567.6	10.12	0.00
malattia, infortunio, visite mediche, congedi maternità	14	37.62	0.67	0.00
trasferte	1613	356.98	6.36	7.13
Totale	7435	5609.98	100.00	100.00

Evoluzione ore consulenze in ambulatorio/sede - tutti i servizi, 2000-2005

Servizio	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Sottoceneri						
Mendrisiotto e Basso Ceresio						
SCuDo						
MAGGIO				790.00	754.00	796.00
Sopraceneri			1156.69	1221.68	1023.43	1086.53
Locarnese e Vallemaggia	595.44	634.27	629.92	587.96	505.82	498.26
ABAD			473.20	556.28	475.80	559.36
SACD Tre Valli	35.59	42.62	53.57	77.44	41.81	28.91
Cantone						

Evoluzione ore consulenze telefoniche - tutti i servizi, 2000-2005

servizio	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Sottoceneri						
Mendrisiotto e Basso Ceresio						
SCuDo						
MAGGIO				385.00	495.00	352.00
Sopraceneri	881.05	1111.64	1183.34	1027.77	1457.17	1526.11
Locarnese e Vallemaggia	514.01	621.78	592.51	657.85	512.77	557.02
ABAD	346.97	340.37	307.66	3.63	588.56	578.34
SACD Tre Valli	20.07	149.49	283.17	366.29	355.84	390.75
Cantone						

Evoluzione ore consulenze/visite a domicilio - tutti i servizi, 2000-2005

Servizio	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Sottoceneri						
Mendrisiotto e Basso Ceresio						
SCuDo						
MAGGIO				524.00	449.00	441.00
Sopraceneri	3987.00	4698.13	4052.06	4702.15	4487.14	4574.71
Locarnese e Vallemaggia	851.95	1195.83	1413.15	1676.91	1474.38	1445.63
ABAD	2349.92	2154.46	1420.73	1644.92	1520.36	1602.86
SACD Tre Valli	785.13	1347.84	1218.18	1380.32	1492.40	1526.22
Cantone						

ICMP 2004 - statistica utenti e prestazioni - tutti i servizi

Statistica utenti e prestazioni	M&BC	SCuDo	MAGGIO	LocVM	ABAD	RTV	Cantone
A - Utenti							
Nati vivi*	432	863	296	499	440	230	2760
Nuovi utenti		455	243	296			
Bambini seguiti	555	816	394	563	584	279	3191
Nuovi utenti/nati anno							
*dati calcolati in base Ustat 2006							
B - Numero consulenze							
Consultazioni in ambulatorio/sede		2190	1544	920	138	57	
Consultazioni/visite a domicilio	1429	1136	555	1470	1480	1639	7709
Consultazioni telefoniche		1273		2783	344	318	
Totale consulenze/consultazioni							
Prestazioni dirette ICMP (consuntivi)	1975	3876	1203				
C - Ore consulenze							
Ore erogate (prestazioni dirette ICMP)*	1691	3442	1698				
Ore consulenza ambulatorio			754	505.82	475.8	41.81	
Ore consulenza domicilio			449	1474.38	1520.36	1492.4	
Ore consulenza telefonica			495	512.77	588.56	355.84	

ICMP SACD Mendrisiotto e Basso Ceresio, statistica utenti e prestazioni, 2000-2005

Consulenza materno-pediatria

Statistica utenti e prestazioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005
---------------------------------	------	------	------	------	------	------

A - Utenti

Nati vivi*	486	432	435	431	432	429
Nuovi utenti						
Bambini seguiti	385	313	334	283	300	290
Nuovi utenti/nati anno						

*Calcolati secondo dati Ustat 2006

B - Numero consulenze

Consultazioni in ambulatorio/sede*	1950	2378	2185	2047	2364	2296
Consultazioni/visite a domicilio	1836	1550	1659	1566	1415	1336
Consultazioni telefoniche	2224	1604	1806	1777		1519
Totale consulenze/consultazioni						

*Consumativi; per gli anni 2004 e 2005 dati comunicati SACD

Prestazioni dirette ICMP*					1975	1908
---------------------------	--	--	--	--	------	------

C - Ore consulenze

Ore erogate (prestazioni dirette ICMP)*					1691	1573
---	--	--	--	--	------	------

Ore consulenza ambulatorio
 Ore consulenza domicilio
 Ore consulenza telefonica

*Consumativo 2005 SACD Mendrisiotto

ICMP SACD Luganese (SCuDo), statistica utenti e prestazioni, 2000-2005

Statistica utenti e prestazioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005
A - Utenti						
Nati vivi	3057	2715	2904	2734	2753	
Nuovi utenti				494	455	503
Bambini seguiti	863	535	733	831	816	874
Nuovi utenti/nati anno				30%	30%	
B - Numero consulenze						
Consultazioni in ambulatorio/sede	2262	1946	2274	2077	2190	2286
Consultazioni/visite a domicilio	1204	1481	1294	1263	1136	1234
Consultazioni telefoniche	1571	2233	1935	1120	1273	1303
Totale consulenze/consultazioni						
Prestazioni dirette ICMP*				4056	3876	3923
C - Prestazioni						
Ore erogate (prestazioni dirette ICMP)*				3774	3442	3682
Ore consulenza ambulatorio						
Ore consulenza domicilio						
Ore consulenza telefonica						

*Consuntivo 2005 SCuDo

ICMP SACD Malcantone e Veduggio (MAGGIO), statistica utenti e prestazioni, 2000-2005

Statistica utenti e prestazioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005
A - Utenti						
Nati vivi	353	279	331	340	331	333
Nuovi utenti	219	193	238	221	243	264
Bambini seguiti	419	435	421	431	394	422
Nuovi utenti/nati anno	62%	69%	72%	65%	73%	79%
B - Numero consulenze						
Visite in ambulatorio	1299	1500	1474	1471	1544	1542
Visite a domicilio	419	506	748	633	555	560
Consultazioni telefoniche						
Totale consulenze/consultazioni						
Prestazioni dirette ICMP*				1307	1203	2394
C - Prestazioni						
Ore erogate (prestazioni dirette ICMP)*				1699	1698	1589
Ore consulenza ambulatorio				790	754	796
Ore consulenza domicilio				524	449	441
Ore consulenza telefonica				385	495	352

*Consuntivo 2005 MAGGIO

ICMP SACD Locarnese e Vallemaggia (ALVAD), statistica utenti e prestazioni, 2000-2005

Consulenza materno-pediatria

Statistica utenti e prestazioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005
---------------------------------	------	------	------	------	------	------

A - Utenti

Nati vivi	534	519	570	500	510	499
Nuovi utenti	375	300	306	311	296	319
Bambini seguiti	581	575	560	575	563	568
Nuovi utenti/nati anno	70%	58%	54%	62%	58%	64%

B - Numero consulenze

Consultazioni in ambulatorio/sede	1674	1320	1118	1093	920	1079
Consultazioni/visite a domicilio	979	1255	1451	1593	1470	1559
Consultazioni telefoniche	2573	2500	2530	2555	2783	2774
Totale consulenze/consultazioni						

Prestazioni dirette

C - Prestazioni

Ore erogate (prestazioni dirette ICMP)*

Ore consulenza ambulatorio	595.44	634.27	629.92	587.96	505.82	498.26
Ore consulenza domicilio	851.95	1195.83	1413.15	1676.91	1474.38	1445.63
Ore consulenza telefonica	514.01	621.78	592.51	657.85	512.77	557.02

ICMP SACD Bellinzonese (ABAD), statistica utenti e prestazioni, 2000-2005

Statistica utenti e prestazioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005
A - Utenti						
Nati vivi						
Nuovi utenti						
Bambini seguiti					584	587
Nuovi utenti/nati anno						
B - Numero consulenze						
Consultazioni in ambulatorio/sede				243	138	163
Consultazioni/visite a domicilio				1522	1480	1633
Consultazioni telefoniche				384	344	329
Totale consulenze/consultazioni						
Prestazioni dirette						
C - Prestazioni						
Ore erogate (prestazioni dirette ICMP)*						
Ore consulenza ambulatorio			473.20	556.28	475.80	559.36
Ore consulenza domicilio	2349.92	2154.46	1420.73	1644.92	1520.36	1602.86
Ore consulenza telefonica	346.97	340.37	307.66	3.63	588.56	578.34

ICMP SADC Tre Valli, statistica utenti e prestazioni, 2000-2005

Statistica utenti e prestazioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005
A - Utenti						
Nati vivi						
Nuovi utenti						
Bambini seguiti			302	273	279	318
Nuovi utenti/nati anno						
B - Numero consulenze						
Consultazioni in ambulatorio/sede				326	57	52
Consultazioni/visite a domicilio				1483	1639	1680
Consultazioni telefoniche					318	351
Totale consulenze/consultazioni						
Prestazioni dirette						
C - Prestazioni						
Ore erogate (prestazioni dirette ICMP)*						
Ore consulenza ambulatorio	35.59	42.62	53.57	77.44	41.81	28.91
Ore consulenza domicilio	785.13	1347.84	1218.18	1380.32	1492.40	1526.22
Ore consulenza telefonica	20.07	149.49	283.17	366.29	355.84	390.75

ALLEGATO B

Interviste

Tematiche approfondite con

- Direttori SACD
- Capi-équipe
- ICMP

1. **Dati utenza:** gestanti, 0-1, 1-3, 3-16 anni
 - a. Numero di casi trattati suddivisi per le 3 fasce d'età
2. **Categorie di prestazioni** (vedi mandato di prestazione), in relazione a queste prestazioni verificare quale grado di dettaglio esiste ed eventualmente come intendono procedere per raccogliere i dati mancanti
 - a. Quali prestazioni vengono erogate?
 - b. In quale modo avviene il loro rilevamento? (cartaceo, informatizzato, codifica, ...)
 - c. Nel caso queste informazioni non siano disponibili, come intendete procedere per il loro rilevamento?
3. **Prestazioni dirette e indirette.** Differenziazione tra prestazioni dirette all'utenza e altre attività (organizzative, attivazione rete esterna al servizio, collaborazioni, ...) (CE + ICMP)
 - a. Disponete di dati che evidenziano le prestazioni dirette all'utenza dalle altre (organizzative, attivazione rete esterna al servizio, collaborazioni, ...)
4. **Collaborazione:** Verificare quale collaborazione esiste con gli altri partner + Servizi d'appoggio specifici con il settore maternità infanzia - vedi lista + medicina scolastica (come collaborano, attraverso quali canali, come ritengono la qualità di questa collaborazione) (CE + ICMP)
 - a. Con quali altri partner istituzionali collaborate?
 - b. Con quali servizi d'appoggio specifici al settore maternità e infanzia collaborate?
 - c. Per ognuno di questi servizi potete descrivere le modalità di collaborazione (attivazione, comunicazione, relazioni formali oppure basate su aspetti informali)
 - d. Per ognuno di questi servizi, su una scala di valori da 1 a 10 come ritenete la collaborazione (1 pessima collaborazione, 10 ottima collaborazione)
5. **Attività improprie.** Richiesta di informazioni / prestazioni / attività improprie (non pertinenti al loro servizio o alle loro competenze) (CE + ICMP)
 - a. Vi capita di ricevere delle richieste di prestazioni o informazioni non pertinenti al vostro servizio oppure non pertinenti in funzione delle vostre competenze?
 - b. Se sì quali?
6. **Attività assumibili.** Richiesta di informazioni / prestazioni / attività che potrebbero assumere ma non ne hanno la facoltà o le competenze (CE + ICMP)
 - a. Vi capita di ricevere delle richieste di prestazioni o informazioni che potreste teoricamente assumere ma non potete farlo poiché non ne avete la facoltà oppure non sono presenti le competenze necessarie?
 - b. Se sì quali?
7. **Integrazione delle ICMP nei SACD.** Grado di integrazione delle ICMP all'interno dei servizi (partecipazione, isolamento, interdisciplinarietà, problemi particolari, modalità di collaborazione, proposte di possibili organizzazioni alternative) (CE + ICMP)
 - a. Come valutate il grado di integrazione delle ICMP all'interno del vostro servizio (partecipazione alle attività, isolamento, interdisciplinarietà, problemi particolari, modalità di collaborazione, ...)
 - b. Nel caso vi fossero delle aree problematiche, quali sono le vostre proposte di miglioramento?

8. **Formazione:** Cosa ne pensano del livello formativo delle ICMP (competenze, mancanze, offerta formativa esistente, ...) (CE + ICMP)
- Può dare un valore al livello formativo delle ICMP del suo Servizio (1 pessimo, 5 sufficiente, 10 ottimo)
 - Ritiene vi siano delle competenze che necessiterebbero di essere maggiormente sviluppate?
 - Se sì quali
 - Ritiene che l'attuale offerta formativa del Cantone sia sufficiente per raggiungere il livello di competenze richiesto?
 - Se no perché
 - Quali pensa siano i settori formativi da migliorare o sviluppare ulteriormente?
9. **Costi.** Cosa ne pensano del fatto che le attività di consulenza sono gratuite? Alternative? (CE + ICMP)
- Il fatto che le prestazioni delle ICMP siano gratuite è:
 - Valorizzante per il loro ruolo e per le loro competenze
 - Non valorizzante per il loro ruolo e per le loro competenze
 - Potrebbero esserci delle modalità di finanziamento alternative?
 - Se sì quali?
10. **Efficacia.** Secondo voi quale l'efficacia in termini di risultato di impatto di salute / salute pubblica delle attività delle ICMP? (CE + ICMP)
- Esprima, attraverso un valore, la sua opinione in merito all'efficacia del lavoro delle ICMP (1 irrilevante, 10 molto importante):
 - Impatto sulla salute (cura)
 - Impatto sulla salute (prevenzione)
 - Impatto sulla qualità di vita dell'utenza
 - Impatto sui costi della salute
 - Altri ...
 - Attraverso quali indicatori ritiene sia possibile rilevare l'efficacia delle attività delle ICMP?
11. **Concorrenza.** Quali pensate siano i servizi / strutture / professionisti che erogano prestazioni potenzialmente concorrenziali a quelle delle ICMP? (CE + ICMP)
12. **Altre problematiche.** Problematiche particolari / altre osservazioni (rapporti CM, Cantone,) (CE + ICMP)

Inchiesta conoscitiva presso alcuni componenti della rete di collaborazione delle ICMP.

Introduzione

con risoluzione n° 5628 del 29 novembre 2005 il Consiglio di Stato ha dato mandato alla Scuola universitaria professionale (SUPSI) ed alla Scuola Superiore per le Formazioni sanitarie (SSFS), di realizzare un'analisi sulla valutazione e sugli scenari prospettabili del servizio delle infermiere consulenti materno pediatriche (ICMP) attive nei Servizi di Assistenza e Cura a Domicilio.

Per ottemperare a questo mandato, il gruppo di ricerca ha ritenuto opportuno estendere l'analisi coinvolgendo in modo attivo tutti i partner del settore sociosanitario che sono, direttamente o indirettamente, a contatto con le attività svolte dalle ICMP.

L'obiettivo principale della raccolta delle informazioni è quello di ottenere una visione la più completa possibile delle caratteristiche, delle eventuali problematiche esistenti e delle potenzialità di miglioramento e di sviluppo di questo settore.

Metodologia

Partendo dalle informazioni ottenute nel corso delle interviste effettuate presso tutti i SADC, sono stati identificati i principali partner istituzionali pubblici o privati

Ad ognuno di loro è stato inviato un questionario (allegato A) contenente sia domande aperte che chiuse finalizzate a raccogliere informazioni che permettessero di identificare, in riferimento alla loro attività professionale, la loro percezione in merito al ruolo, alle attività e alle competenze delle ICMP.

Destinatari:

- Servizio di medicina scolastica – ufficio del medico cantonale
- Associazione ticinese dei pediatri – presidenza
- Associazione ticinese ginecologia e ostetricia – presidenza
- Primari di pediatria ospedali EOC
- Primari di chirurgia pediatrica ospedali EOC
- Caporeparto servizi maternità ospedali EOC e cliniche private
- Caporeparto pediatria ospedali EOC
- Levatrici indipendenti trami associazione professionale
- Servizi medico psicologici

Sono stati inviati 41 questionari con busta risposta affrancata, un richiamo è stato fatto il 28 giugno 2006. Sono stati raccolti 21 questionari, ciò che corrisponde ad un tasso di risposta del 51%.

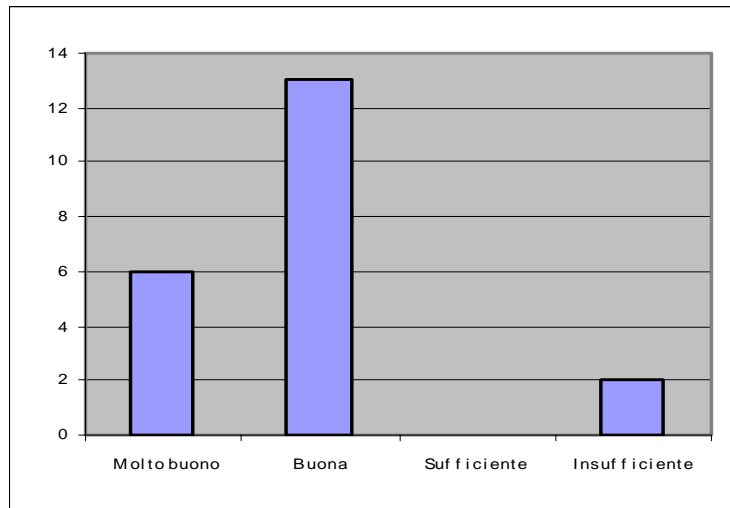
I risultati sono stati analizzati sia in funzione del "gruppo professionale", sia aggregati per singola domanda. Per ragioni di facilità di lettura proponiamo una presentazione dei risultati in forma aggregata.

Risultati

Nota: è importante segnalare come 2 primari ospedalieri non abbiano compilato il questionario poiché non conoscono affatto le attività ed il ruolo delle ICMP.

Domanda 1

La vostra conoscenza in merito alle **prestazioni** erogate dalle ICMP è:



Risposte aperte:

“Prestazioni ICMP non conosciute, si occupano di fasce d'età differenti (0 -3 anni) la medicina scolastica dopo i 3”

“Buona, in occasioni di collaborazioni precedenti e incontri informativi”

“Conoscenza per i colloqui mensili con le ICMP per l'interazione in ospedale”

“Collaboro con loro nel mio ambito lavorativo”

“Formazione e contatti regolari con i servizi”

“Ho usufruito del servizio personalmente come cliente, conosco infermiere che vi lavorano, consiglio il servizio alla donna che vive il parto”

“Collaboriamo con loro, per noi levatrici è importante sapere che c'è una continuità”

“Collaboro regolarmente con il servizio segnalando le situazioni da seguire ulteriormente”

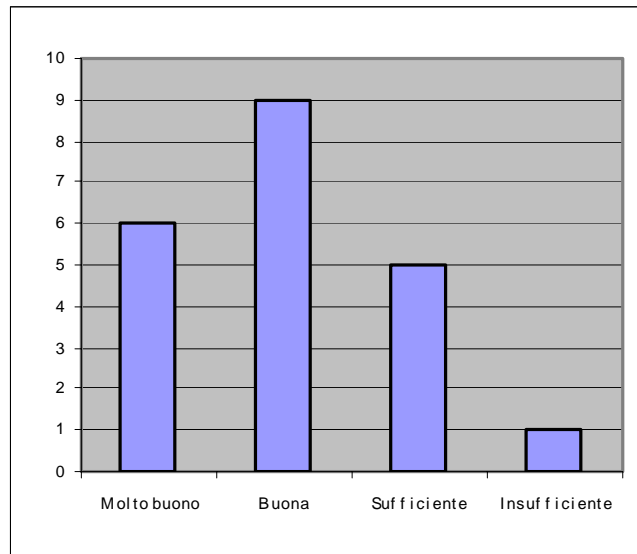
“Il servizio medico psicologico offre alle ICMP una regolare consulenza (sotto forma di supervisione) ed un lavoro in équipe con la presenza di un'operatrice SMP presso la loro sede nelle date concordate”

Commento

Globalmente la conoscenza delle prestazioni delle ICMP è presente. Da osservare la presenza di 2 persone che non la conoscono in modo sufficiente. Appare evidente una buona conoscenza delle prestazioni laddove vi è una collaborazione professionale.

Domanda 2

La vostra conoscenza in merito ai **bisogno** dell'utenza presa a carico dalla ICMP è:



Risposte aperte

“Molta disponibilità da parte loro, chiarimenti e puntualità”

“Conoscenza del servizio per motivi professionali e formativi”

“Le ICMP sono troppo statiche nell'organizzazione del lavoro”

“Incontro ogni 1 – 2 mesi con ICMP e inf. OBV per discutere casi diffidi e della loro evoluzione”

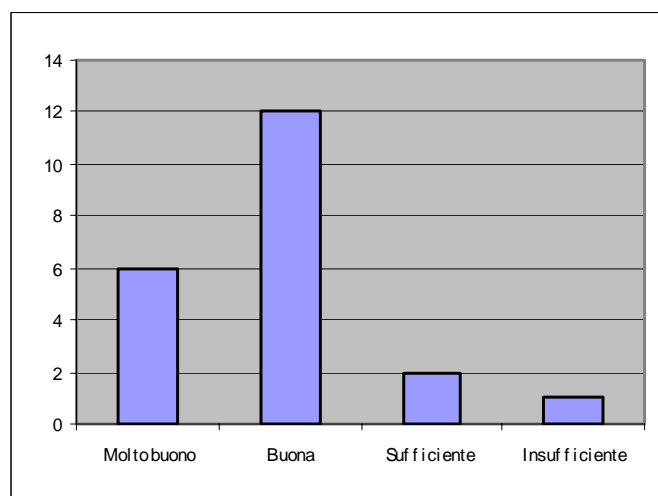
“Rappresentano però solo una parte dei bisogni dell'utenza”

Commento

Anche in merito a questa domanda le persone che hanno riposto all'inchiesta evidenziano una buona conoscenza dei bisogni dell'utenza. Da segnalare che una istituzione mette in evidenza la necessità di complementarità tra le ICMP e altre strutture affinché vi sia una risposta globale a tutti i bisogni dell'utenza.

Domanda 3

Il vostro rapporto di **cooperazione** con le ICMP è:



Risposte aperte

“Nessuna rapporto di collaborazione”

“Non certo per mancanza di buona volontà. Le modalità di collaborazione potrebbero essere perfezionate.”

“Da ca. un anno le ICMP sono invitate 2 volte a settimana all’incontro tra genitori, pediatra, ostetriche, infermiere, consulenti allattamento.”

“Sempre disponibili anche nei casi in cui è stata necessaria una formazione utile alla gestione del caso “

“Incontri mensili, comunicazioni telefoniche o fax per esigenze professionali”

“Ci conosciamo, si sa con chi hai a che fare, fiducia, professionalità”

“Si potrebbe migliorare organizzando degli incontri regolari tra ICMP e personale dei reparti.”

“Se dopo i primi 15 – 20 giorni dopo il parto tutto va bene invio le donne alle ICMP e idem se c’è qualche problema particolare la ICMP mi contatta per una visita a domicilio.”

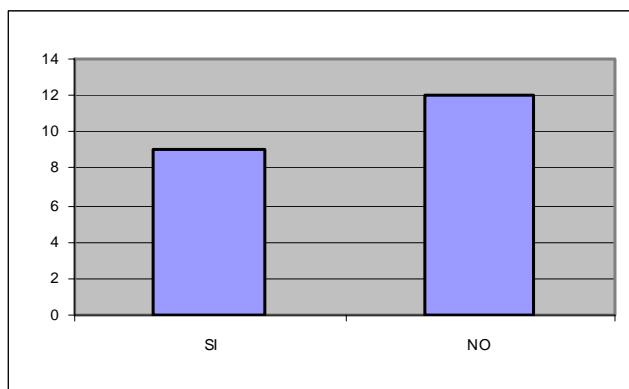
“Oltre alla regolarità degli incontri di cooperazione e coordinazione si riflette saltuariamente sulla rivalutazione delle richieste e delle risposte dei vari soggetti cooperativi.”

Commento

Generalmente la cooperazione con le ICMP è considerata buona. Le risposte aperte suggeriscono però buoni margini di miglioramento.

Domanda 4

Esistono delle sovrapposizioni di **competenze** tra voi e le ICMP?



Risposte aperte

“Si in caso di mastiti puerperali con bisogno di terapia antibiotica”

“Sì, a volte nelle prime 2 settimane alcune mamme tornano per far pesare il bambino, per problemi di allattamento”

“Valutazione dell'alimentazione del neonato (peso, allattamento) quando è già attivata la levatrice per controlli ostetrici”

“Durante il primo periodo post-parto abbiamo pressoché le stesse competenze”

“Se non organizzate bene sì. Se curo la madre automaticamente osservo anche il bambino, è sbagliato suddividere madre-bambino”

“Non sempre l'utenza è in chiaro che certe consultazioni possono essere svolte sia dalle levatrici indep. sia dalle ICMP”

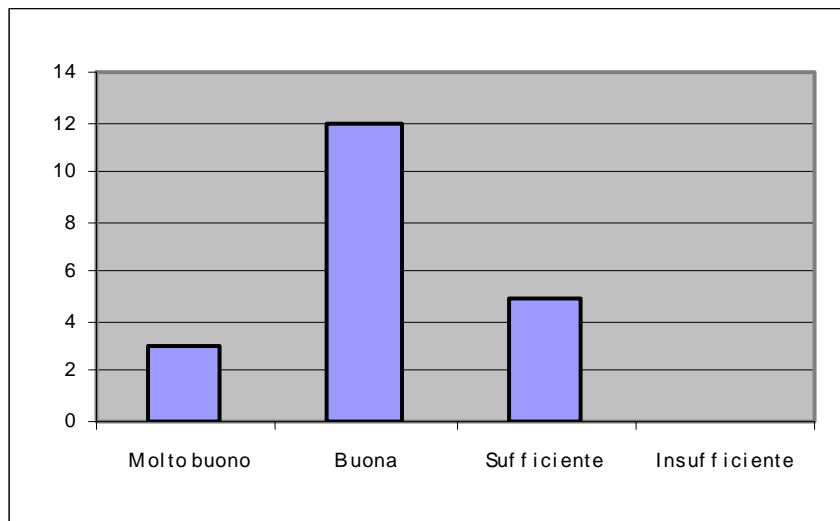
“Nel primo mese dopo il parto le nostre competenze sono simili e abbiamo gli stessi compiti rispetto al bébé. Le ostetriche sono più preparate se ci sono problemi ostetrici o d'allattamento.”

Commento

Le risposte a questo interrogativo confermano una certa sovrapposizione tra le competenze delle ICMP e quelle di altri professionisti presenti sul territorio. In particolare si evidenziano le reazioni delle levatrici, ruolo che ha molte affinità con quello delle ICMP.

Domanda 5

In funzione delle attività svolte dalle ICMP, ritenete che le loro **competenze** siano:



Risposte aperte

“Promuovere la qualità dell’esercizio della propria professione

Lavori di ricerca e attualizzare le conoscenze

Competenze prevalentemente legate allo sviluppo fisico e poco visibili le altre dimensioni (sviluppo cognitivo, affettivo, sociale)

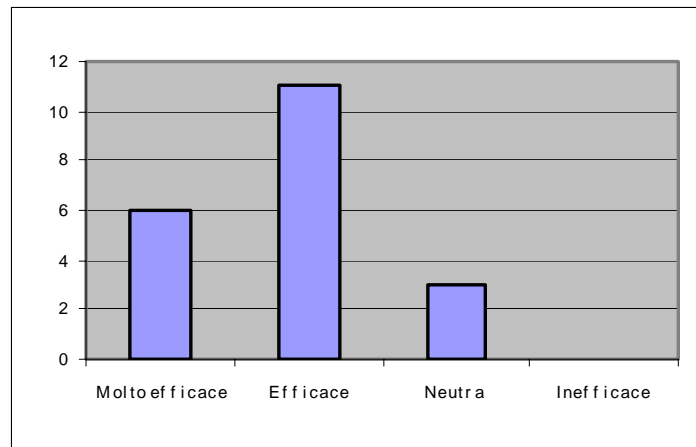
Scarsa presenza in ambito scolastico (elementari, asilo) con programmi di educazione e prevenzione”

Commento

Globalmente le competenze delle ICMP sono considerate buone, restano alcuni settori dove si ritiene necessario un maggiore sviluppo di competenze specifiche.

Domanda 6

Ritenete l'attività delle ICMP:



Risposte aperte: non previste

Commento

La percezione di efficacia delle attività delle ICMP è presente nella maggior parte delle risposte ottenute.

Domanda 7

A quali indicatori di **efficacia** vi riferite o vi riferireste per valutare l'operato delle ICMP:

Risposte

"Indicatori di efficacia: informazione forniteci dall'utenza, domande poste dall'utenza, visite in ambulatorio o PS su problematiche discusse precedentemente con ICMP"

"Soddisfazione dei genitori, soddisfazione dei pediatri, soddisfazione del personale medico e paramedico ospedaliero"

"Soddisfazione del paziente, competenza nell'informazione e nelle cure"

"Disponibilità a diversi livelli (di consulenze telefoniche, consultazioni ambulatoriali e a domicilio), soddisfazione dei genitori"

"Disponibilità alla collaborazione, disponibilità del servizio in orari serali e durante i festivi; soddisfazione degli utenti rispetto alla continuità delle cure."

"Bassa frequenza di richieste che giungono al reparto attraverso il PS."

"Numero di consultazioni: tempo dedicato a consulenza; Temi trattati durante la consulenza (cibo, sonno, stanchezza, controllo sviluppo psicomotorio)"

"Comportamento con le madri"

"Passaggio d'informazioni, collaborazione con il reparto."

"Accompagnamento e sostegno al genitore e al bambino "al di fuori degli orari", attivazione delle risorse necessarie (famigliari, servizi sociali, ...), attenzione alle situazioni a rischi o particolarmente "fragili", presenza attiva negli istituti sanitari, gestione delle informazioni erogate dalla permanenza telefonica"

"Soddisfazione del cliente, disponibilità delle ICMP (visite a domicilio + consultazioni)"

"Ritorno delle mamme dalle levatrici perché non contente delle ICMP (n.d.r soddisfazione dell'utenza)"

Capillarità, possibilità di seguire negli anni le persone che hanno bisogno, capacità di rispondere ai bisogni, tempestività dell'intervento."

"Capacità dei genitori la loro nuova situazione, capacità dei genitori di individuare le situazioni a rischio, genitore informato sulla rete sanitaria che lo concerne."

"Buona professionalità, tempestività, corsi di aggiornamento, presentazione del servizio in ospedale e conoscenza delle neomamme."

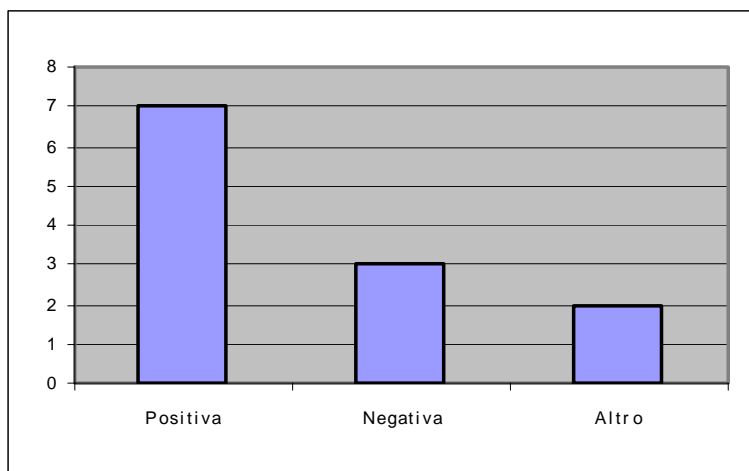
"Presenza sul territorio ben accessibile, personale formato e competente, collaborazione con altre figure professionali, capacità di instaurare una relazione di fiducia, conoscenza dei segni precoci di psicopatologia (madre e bambino), rapidità di segnalazione al personale specializzato, disponibilità al lavoro in rete."

Commento

Dalla tipologia delle risposte ottenute appare evidente la difficoltà nella definizione di indicatori di efficacia delle attività delle ICMP. Questo elemento era emerso anche nel corso delle interviste fatte presso i SACD. In particolare risulta difficile definire indicatori che permettano una misurabilità significati del loro lavoro.

Domanda 8

Le prestazioni di consulenza e prevenzione fornite dalle ICMP sono gratuite, mentre solo le prestazioni medico – terapeutiche sono riconosciute e rimborsate dall'Assicurazione malattia (OAMal) Ritenete questa situazione:



Risposte aperte

“Positiva: si tratta di un servizio a “bassa soglia” a cui tutte le famiglie devono potervi accedere senza preoccupazioni di tipo finanziario.”

“Negativa: le prestazioni fornite da professionisti della salute devono essere rimborsate dalla LaMal.”

“Si tratta di un problema politico / amministrativo, se si potessero far remunerare sarebbe senz'altro positivo.”

“Dovrebbero essere rimunerate se rimborsate dalla casse malati.”

“Se la consulenza non fosse gratuita, molte mamme rinuncerebbero a quelle visite che sono di rassicurazione o colloquio.”

“Negativo: il lavoro di consulenza e prevenzione sono la parte prioritaria del lavoro e richiede tempo, tempo = costo, se non valutato niente soldi, niente...”

“Vale la pena un servizio gratuito, se un bambino è ben seguito nel primo anno di vita ci sono meno costi.”

“La prevenzione è gratuita ma viene poco valorizzata, la dimensione più complessa delle prestazioni terapeutiche, questo spazio non è adeguatamente sviluppato.”

“Sono prestazioni preventive importanti ed è giusto che siano gratuite per permettere a tutti di usufruirne. Dovrebbero esserlo anche i controlli e le consulenze in gravidanza fatte dalle levatrici (e non dai medici).”

“Accessibilità per tutte le famiglie.”

“È giusto fare una distinzione tra prevenzione e cura.”

“La parte di prevenzione deve essere gratuita per essere a disposizione di tutte le persone senza distinzione.”

“Si, incrementa la diffusione del servizio potenziandone l'efficacia profilattica.”

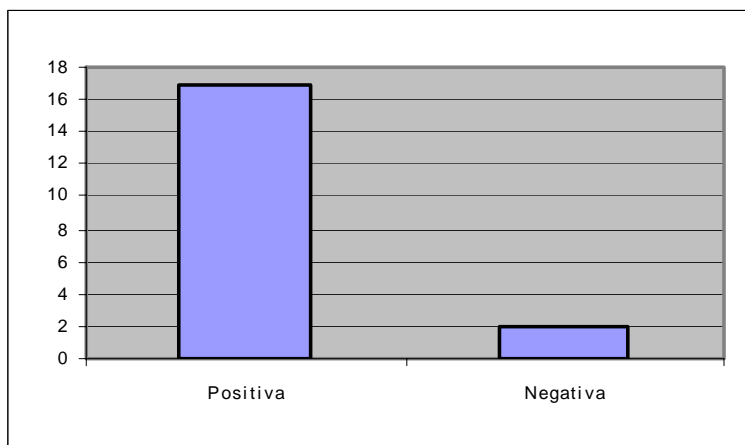
Commento

Globalmente si ritiene pertinente mantenere la gratuità delle prestazioni delle ICMP essenzialmente per garantire una equità di accesso a tutte le famiglie e per sottolineare l'importanza di promuovere azioni preventive che permettono un risparmio sui costi della salute.

Questa opinione non è però condivisa all'unanimità, infatti vi sono persone che ritengono che i costi dovrebbero essere presi a carico dall'assicurazione malattia.

Domanda 9

Ritenete il collocamento delle ICMP presso i Servizi di Assistenza e Cura a Domicilio:



Risposte aperte

“Auspico che siano più legate (per continuità) alle maternità (pubbliche e private).”

“Sì, perché vi è sempre un recapito telefonico.”

“Positiva, anche se si intravede il rischio che un così piccolo servizio venga sovrastato da priorità del servizio più legate agli adulti, con conseguente diminuzione della qualità delle prestazioni pediatriche.”

“Può andare bene se si garantisce sufficiente autonomia e importanza all’aspetto pediatrico.”

Commento

La collocazione delle ICMP presso i SACD è ritenuta pertinente. Si evidenzia la presenza di risposte che sottolineano l'importanza di mantenere un forte contatto con il settore clinico sia pediatrico sia ostetrico.

Domanda 10

Il mandato delle ICMP prevede anche la cooperazione con altri attori nella prevenzione primaria presso le famiglie nella fase prenatale.

Come vedete uno sviluppo ulteriore di questi ambiti di attività delle ICMP?

Risposte:

“Partecipazione e organizzazione di corsi pre-parto.”

“È un’ottima cosa però ancora tutta da discutere e implementare.”

“Positivo se in contatto con il medico ginecologo.”

“Le mamme frequentano i corsi pre-parto e quindi non ritengo ci sia ancora il bisogno di fare intervenire le ICMP in un campo piuttosto delle ostetriche.”

“Difficile perché si toccano anche gli ambiti delle ostetriche indipendenti, conflitto di interesse e di ruolo, differenti specialità non ben definite = caos.”

“La vedo bene, sarebbe l’opportunità per collaborare ulteriormente con le levatrici sul territorio.”

“Esistono già altri servizi adeguati ed efficaci in questo settore, quindi non ne vedo la necessità.”

“Penso che il periodo prenatale sia di competenza delle levatrici e perciò da mantenere ed ampliare così.”

“Se ben preparate sicuramente molto utile.”

“Se inserite correttamente questo va a vantaggio della rete (che sarà sempre più importante e necessaria).”

“Prevenzione pre natale di competenza delle levatrici.”

“Corsi pre-parto con integrazione di una ICMP per far conoscere il servizio prima della nascita e la differenza tra ostetrica e ICMP.”

“Positivo.”

“Favorevolmente a titolo di presentazione.”

Commento

Le risposte ottenute mettono in risalto una forte resistenza in particolare da parte delle levatrici che si ritengono le professioniste adeguate per la preparazione delle neomamme al parto. Altri professionisti non escludono di principio queste estensione delle attività delle ICMP verso il settore prenatale.

Domanda 11

Il mandato delle ICMP prevede l'assunzione di attività di coordinamento, assistenza e cura al bambino.

Come vedete uno sviluppo ulteriore di questi ambiti di attività delle ICMP?

Risposte

“Trovo positivo che le mamme possano disporre di un servizio cui rivolgersi, pluricompetente, senza trascurare però l'importanza del percorso di crescita della madre.”

“Va bene com'è, non c'è bisogno di ulteriori sviluppi.”

“Difficile proporre, ogni servizio ha le sue peculiarità con modalità di coordinare e prendere a carico le diverse situazioni.”

“Sicuramente positivo per diminuire i costi della salute, sarebbe opportuno che le ICMP diventino la persona di riferimento per il bambino per quanto riguarda i controlli di crescita e sviluppo e ci si riferisca al medico specialista solo in caso di patologia. È inutile e dispendioso andare dal medico solo per pesare, misurare e confermare che un bimbo cresce bene.”

“Sicuramente fantastico!”

“Dipende da come verrà progettata e che tipo di collaborazione verrà stabilita con le altre figure professionali.”

“Assumere parte delle cure a domicilio sarebbe molto importante per le famiglie ma soprattutto per i neonati o bambini stessi che si ritrovano nel loro ambiente soprattutto se la famiglia è composta da più bambini. L'attuale organizzazione e dotazione delle ICMP è comunque insufficiente. Dovrebbero essere prese in considerazione persone che potrebbero intervenire relativamente in breve termine ed ad orari non fissi.”

“Lavoro svolto già ad un ottimo livello.”

“Molto buono.”

“Buono se si mantiene il paziente al centro dei bisogni e non si disserta sulle varie competenze.”

“Per questi servizi vedo meglio servizi di assistenza e cure a domicilio pediatrici. La vedo bene nell'ottica della continuazione delle cure.”

“Non so, non è in grado di esprimersi perché non è il suo contesto.”

“Dopo segnalazione del caso, le ICMP potrebbero coordinare l'intervento nella rete multidisciplinare.”

“Positivamente, a condizione di una supervisione da parte del medico e di un reciproco scambio di informazioni sui casi seguiti.”

È un'ottima cosa però ancora tutta da discutere e implementare.”

Commento

La possibilità di estendere maggiormente le attività delle ICMP rivolgendosi verso attività di tipo clinico – assistenziale è generalmente vista positivamente, comunque non esclusa a priori.

Si sottolinea però la necessità di definire delle condizioni quadro che permettano alle ICMP di operare nel rispetto da una parte della propria autonomia e dall'altra di non sovrapporsi ad altri professionisti (pediatri, servizi di pediatria).

Domanda 12

Eventuali **proposte** di miglioramento del servizio offerto dalle ICMP:

Risposte

“Organizzare e partecipare a formazione da parte dei pediatri.”

“Mi metto volentieri a disposizione per tentare di mettere in atto un tipo di collaborazione più intenso e costante con il reparto di pediatria / ostetricia e con i pediatri, cosa secondo me molto auspicabile.”

“Informazioni delle ICMP a volte non coincidono con quelle fornite dai pediatri, creando così confusione ed insicurezza.”

“Unificare le informazioni date alle mamme; creare protocolli comuni per la continuità delle cure (affinché quello che abbiamo iniziato in ospedale lo si continui a casa); Incrementare gli scambi di idee e di informazioni quando si inviano le mamme al servizio.”

“Incontri più frequenti per incrementare la collaborazione e migliorare l’offerta.”

“Non avendo contatti costanti, sarebbe opportuno prevedere un incontro (annuale) per evidenziare le difficoltà, per mantenere l’aggiornamento sulle attività erogate “

“Informare meglio i genitori dell’utilità del servizio delle ICMP”

“Aumentare il personale ICMP per poter dedicare più tempo all’utenza che ha più bisogno, per alcune situazioni bisognerebbe dedicare più visite e più tempo.

“Il SACD è uno spazio per lo scambio di opinioni, luogo dove le mamme possono incontrarsi, scambiarsi opinioni, aggregarsi...”

“Il servizio è complementare, le info che danno completano quelle che diamo in reparto (cure ombelico e cure in generale); esiste collaborazione e passaggio d’informazioni tra servizio e reparto; ogni 2-3 mesi ci incontriamo (capo reparto, ICMP, levatrici sul territorio e pediatra per discutere i casi particolari).”

“Dare un po’ più di fiducia e responsabilità ad altri servizi come le levatrici.”

“Migliorare la collaborazione con altri enti (es. levatrici indip., pediatri). Dovrebbero analizzare meglio i bisogni delle famiglie.”

“Migliorare la collaborazione verso il nostro servizio, al momento siamo soprattutto noi che andiamo verso di loro.”

“Migliore conoscenza tra le persone (come nel Mendrisiotto).”

Commento

Risulta interessante l’importante numero di proposte di miglioramento raccolte tramite l’inchiesta. Da una lettura dei commenti si evince una certa predominanza verso tematiche legate al miglioramento delle relazioni e della collaborazione tra le ICMP ed i vari servizi presenti sul territorio. In sostanza si tratta di mettere l’attenzione sulla creazione di una rete strutturata ed organizzata tra i partner socio- sanitari coinvolti.

Conclusioni

Seppur senza l'ambizione di valenza scientifica e statisticamente significativa, l'inchiesta svolta presso i diversi partner istituzionali presenti sul territorio ha permesso di raccogliere il parere dei diversi attori che compongono la rete sociosanitaria della quale le ICMP sono parte integrante. Lo spettro delle domande poste era molto grande e ha permesso una carrellata su tematiche diverse.

Le opinioni ed i risultati raccolti sono stati integrati a supporto delle osservazioni fatte nel documento principale.

Allegato

Modello questionario

Questionario

In riferimento alla **vostra attività professionale** e alle relazioni professionali esistenti con le ICMP:

1. la vostra conoscenza in merito alle **prestazioni** erogate dalle ICMP è:

- a. molto buona
- b. buona
- c. sufficiente
- d. insufficiente

Perché:

.....
.....
.....

2. la vostra conoscenza in merito ai **bisogno** dell'utenza presa a carico dalla ICMP è:

- a. molto buona
- b. buona
- c. sufficiente
- d. insufficiente

Perché:

.....
.....
.....

3. Il vostro rapporto di **cooperazione** con le ICMP è:

- a. molto buono
- b. buono
- c. sufficiente
- d. insufficiente

Perché:

.....
.....
.....

4. Esistono delle sovrapposizioni di **competenze** tra voi e le ICMP?

- a. NO
- b. SI

Se SI in quali occasioni / attività:

.....
.....
.....

5. In funzione delle attività svolte dalle ICMP, ritenete che le loro **competenze** siano:
- a. molto buone
 - b. buone
 - c. sufficienti
 - d. insufficienti

Se risposta d, quali competenze ritenete necessario sviluppare ulteriormente:

.....
.....
.....

6. Ritenete l'**attività** delle ICMP:

- a. molto efficace
- b. efficace
- c. neutra
- d. inefficace

7. A quali indicatori di **efficacia** vi riferite o vi riferireste per valutare l'operato delle ICMP:

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

8. Le prestazioni di consulenza e prevenzione fornite dalle ICMP sono gratuite, mentre solo le prestazioni medico – terapeutiche sono riconosciute e rimborsate dall'Assicurazione malattia (OAMal) Ritenete questa situazione:

- a. positiva
- b. negativa
- c. altro

Perché:

.....
.....
.....

9. Ritenete il collocamento delle ICMP presso i Servizi di Assistenza e Cura a Domicilio:

- a. positiva
- b. negativa

Se non pertinente quale ritenete sia la collocazione più idonea e perché

.....
.....
.....

10. Il mandato delle ICMP prevede anche la cooperazione con altri attori nella prevenzione primaria presso le famiglie nella fase prenatale.

Come vedete uno sviluppo ulteriore di questi ambiti di attività delle ICMP?

.....
.....
.....

11. Il mandato delle ICMP prevede l'assunzione di attività di coordinamento, assistenza e cura al bambino.

Come vedete uno sviluppo ulteriore di questi ambiti di attività delle ICMP?

.....
.....
.....

12. Eventuali **proposte** di miglioramento del servizio offerto dalle ICMP:

.....
.....
.....

Questionario compilato da:

.....
.....
.....