

# *M* **fermiere** **oggi**

## La Misura

La Misura

## è colma

è colma



sped. abb. postale 45% Art2 - comma 20/b - Legge 662/96 - Roma

periodico di idee, informazione e cultura del Collegio Ipsavi di Roma luglio - settembre 2003

# La misura è ormai colma

di Gennaro Rocco

**C**osì proprio non va. Nonostante i ripetuti proclami sull'ottimizzazione delle risorse e sul contenimento delle spese superflue, il Servizio Sanitario prosegue inesorabile sulla via della restrizione dei servizi e sul loro ridimensionamento. Il che si ripercuote inesorabilmente sull'attività degli operatori sanitari. A cominciare dagli infermieri.

Siamo reduci da un lungo periodo di carenza di infermieri pagata a caro prezzo dai cittadini. Eppure, anche oggi che l'approccio dei giovani verso la professione infermieristica sta mutando in positivo, gli organici restano ridotti al lumicino e nulla sta cambiando in pratica. Condizione ben evidente nell'estate scorsa, quando si è nuovamente evidenziato il grave limite che ciò comporta nell'erogazione dei servizi di assistenza.

Il personale infermieristico residuo continua poi ad essere utilizzato in mansioni improprie, riproducendo così la logica di trent'anni fa secondo cui l'infermiere, l'unica figura sempre presente in reparto, può tappare ogni falla, sopperire a qualsiasi carenza, farsi in due per garantire il servizio. Ecco dunque i doppi e tripli turni, l'esecuzione di mansioni lontane anni luce dalla nostra professione, con una conseguente difficoltà generale che, di fatto, penalizza tutta la sanità.

La situazione non cambia. Non cambia neppure la risposta alle istanze degli oltre 30 mila colleghi che operano nel Lazio. E a fronte della legittima richiesta degli infer-

mieri di avere un adeguato ricambio e un adeguamento vero degli organici, si continua a rispondere che non ci sono risorse. Come avviene ormai da diversi anni.

Ci chiediamo allora se questo processo di razionalizzazione delle risorse sia stato avviato: effettivamente quanti servizi doppi esistono ancora? Quante consulenze più o meno onerose e clientelari resistono? Cosa è cambiato davvero nelle Asl? Quali sprechi finanziari sono stati corretti? E quali altri permangono?

Gli infermieri chiedono (e meritano) una netta inversione di tendenza, inversione che non vogliono affidare solo agli amministratori della macchina sanitaria, ma che deve vedere essi stessi protagonisti. Non si può più tergiversare non tenendo conto della voce di una categoria che ha avuto grossi riconoscimenti formali, ma che ancora aspetta di vederli concretizzati.

Sale forte la nostra richiesta per una reale ricollocazione all'interno delle aziende, strutturando i servizi dove c'è una dirigenza, utilizzando gli infermieri con master nel campo dell'innovazione e della ricerca.

E poi l'applicazione delle norme che siamo riusciti ad ottenere a livello nazionale: la dirigenza infermieristica, i nuovi modelli organizzativi, l'opportunità per tutti di frequentare i nuovi percorsi universitari.

Non basta. Tutto ciò deve tradursi anche in un diverso trattamento economico, che riconosca finalmente gli infermieri

per quello che sono oggi, per ciò che sono diventati.

La stagione contrattuale sta per riprendere su un contratto scaduto ormai da quasi due anni. Confidiamo che questa sia la volta buona per vedere riconosciuti i nostri meriti e le nostre responsabilità. Su questo fronte ci aspettiamo qualcosa di buono anche dalla prossima Legge Finanziaria, che si annuncia ancora una volta all'insegna dei tagli. Speriamo che questi, come da più parti ci si affretta a precisare, non riguardino una volta di più la sanità.

Gli infermieri vogliono essere protago-

nisti del recupero di credibilità del Servizio Sanitario regionale e sono sempre ed ancora propensi a mettere a disposizione la loro professionalità, la loro dedizione, il loro entusiasmo. Ma vorrebbero segnali forti e chiari delle istituzioni. È proprio così difficile? Eppure la soluzione c'è: la Regione dia concretamente agli infermieri la guida dell'organizzazione, attivi i servizi infermieristici e i dipartimenti dell'assistenza, affidando loro la gestione. Reintegri gli organici perennemente carenti e riconosca reale autonomia operativa. C'è da scommettere che le cose cambierebbero davvero.

## in pillole

**Neanderthal, non più parenti**  
Lo studio genetico dell'uomo di Neanderthal e di alcuni esemplari di Homo sapiens dimostra che i due gruppi, pur avendo convissuto in Europa, non si incrociarono tra loro, rimanendo sempre due specie distinte, fino a che Neanderthal, perdendo la battaglia evolutiva con Sapiens, si estinse. È quanto afferma lo studio condotto da un gruppo di ricercatori italiani dell'Università di Ferrara, guidato da Giorgio Bertorelle, che ha confrontato il Dna di alcuni esemplari di uomini di Neanderthal con quelli degli esemplari di Homo sapiens rinvenuti in Puglia nel 1988. L'esame comparato si è poi esteso al

Dna dell'uomo contemporaneo, su un campione di 2.500 unità tra europei, asiatici ed africani. La ricerca, pubblicata dalla rivista Proceedings of the National Academy of Science (Pnas), mostra che i geni umani di oggi non hanno ricevuto alcuna eredità sostanziale da Neanderthal. Per contro, il Dna degli uomini contemporanei è praticamente identico a quello degli antenati Cro-Magnon, quello di Neanderthal differisce nettamente da entrambi. Ne risulta che il Dna dell'Homo sapiens non è cambiato quasi per niente negli ultimi 25 mila anni e che i Neanderthaliani avevano caratteristiche genetiche diverse, mantenute tali fino alla loro estinzione.

# Analgo-sedazione in Terapia Intensiva Post-Chirurgica: gestione infermieristica del dolore acuto

di Claudio Carola e Giorgia Allegretti

**S** secondo l'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP): "Il dolore è una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo e potenziale danno tissutale e comunque descritto come tale".

In altre parole si può affermare che il dolore è la presa di coscienza dell'informazione nocicettiva cioè l'individuo percepisce il dolore solo quando l'informazione nocicettiva dai nuclei talamici viene integrata nelle aree corticali e limbiche. (Con il termine nocicezione intendiamo tutti gli eventi neuronali che avvengono allorché uno stimolo dannoso viene a contatto con una parte qualsiasi esterna o interna del nostro organismo in cui siano presenti i nocicettori).

### IL DOLORE CHIRURGICO

L'intervento chirurgico determina due tipi di dolore:

- *Un dolore estremamente violento dovuto alle manovre chirurgiche: dolore intraoperatorio;*
- *Un dolore, successivo all'atto chirurgico, innescato dalle lesioni tissutali e prodotto dalla stimolazione dei recettori periferici: dolore post-operatorio.*

Gli effetti causati dal dolore post-operatorio e le risposte fisiologiche alla lesione chirurgica sono note da tempo. Essi in-

cludono disfunzioni polmonari, cardiovascolari, gastrointestinali ed urinarie, alterazioni del metabolismo e della funzione muscolare. L'intensità, la qualità, la durata del dolore dipendono dalle caratteristiche psico-fisiche del degente, dal tipo di intervento, dal trattamento anestesio-logico e dalla qualità del trattamento del dolore in seguito all'operazione.

L'analgo-sedazione ideale consiste nel:

- *Controllo del dolore e dell'ansia;*
- *Amnesia e distacco dall'ambiente;*
- *Regolazione del ciclo sonno-veglia;*



- *Stabilizzazione dell'emodinamica;*
- *Adattamento al ventilatore;*
- *Valutazione dello stato neurologico.*

Un livello di sedazione ideale sembra essere quello in cui il paziente è sonnolento ma con vivace risposta allo stimolo luminoso e/o ad un basso stimolo uditivo. Questo livello di sedazione corrisponde al 4° livello della RAMSAY SEDATION SCALE.

## **FARMACO-TERAPIA POST-OPERATORIA**

La scelta del farmaco, la modalità di somministrazione deve essere compiuta valutando un corretto rapporto rischio/beneficio; la prevenzione del dolore richiede una adeguata educazione sanitaria riconducibile ad una posizione confortevole nel periodo post-operatorio, alla riduzione dello stress chirurgico, alle corrette manovre di nursing, ad una corretta analgesia, alla nutrizione enterale, ecc.

La terapia farmacologica in uso è caratterizzata da:

- FANS (analoghi all'aspirina) usati per via I.M., per OS, per E.V. come trattamento nella chirurgia minore;
- OPIOIDI (morfina o morfino-simili) di utilizzo nella chirurgia maggiore ma usati con cautela a causa dei loro effetti indesiderati (depressione respiratoria, nausea, vomito, ecc.).

Presso la Terapia Intensiva Post-Chirurgica vengono utilizzati i seguenti farmaci:

- Sufentanil;
- Remifentanil;
- Propofol;
- Midazolam;

### **SUFENTANIL**

È un potente analgesico che ha mostrato una buona stabilità emodinamica; allo stop infusionale la dose può essere impostata fino a raggiungere un buon adattamento sia al ventilatore che al dolore.

### **REMIFENTANIL**

È un farmaco caratterizzato da un'azione a rapida insorgenza e di breve durata, indicato nelle forme di induzione e di mantenimento dell'analgesia; gli ef-

fetti emodinamici più comuni sono la diminuzione della PAS e della FC. Il prevedibile rapido risveglio è utile per l'esame neurologico e per un rapido svezzamento dal ventilatore meccanico.

### **PROPOFOL**

È veicolato con soluzione al 10-20% di particelle di acidi grassi a lunga catena. Determina una riduzione della PAS a causa della vasodilatazione periferica, la depressione respiratoria è dose-dipendente; l'infusione continua è a dosaggio modulato a secondo il livello di sedazione che si vuole ottenere.

### **MIDAZOLAM**

È una BDZ da usare con cautela perché può determinare una depressione respiratoria e la vasodilatazione periferica; ha una potenza sedativa superiore al DIAZEPAM.

## **GESTIONE INFERMIERISTICA DEL DOLORE ACUTO**

Il paziente in area critica non può essere completamente cosciente a causa del decorso della patologia o del tipo di terapia che lo può obnubilare. Un'attenta analisi delle caratteristiche del dolore (la verbalizzazione, la mimica facciale, la postura di difesa, l'irrigidimento, l'irrequietezza, l'apatia, l'instabilità emodinamica) permette una migliore gestione del ricoverato.

Il personale di assistenza può usare diverse strategie non farmacologiche per controllare il dolore post-operatorio:

- Il posizionamento: sostenere e/o elevare la parte dolorosa con dei cuscini o altri presidi; variare il decubito nei tempi prestabiliti;
- La stimolazione cutanea con sostanze emollienti;
- La stimolazione controlaterale come sfregamenti o massaggi quando la parte interessata non sia direttamente raggiungibile;
- Tecniche di distrazione come la conversazione;
- Se i metodi sopradescritti risultano inappropriati o inefficaci collaborare con il medico, secondo la necessità, in modo

da stabilire un efficace protocollo analgesico.

### **SISTEMI DI INFUSIONE DELLE SOSTANZE ANALGESICHE\***

Per la somministrazione della terapia farmacologica si usano due tipi diversi di presidi:

- Sistema di infusione di tipo elastomerico;
- Sistema di infusione di tipo elettrico.

#### **INFUSIONE DI TIPO ELASTOMERICO**

La pompa elastomerica è un dispositivo monouso per l'infusione continua di farmaci in soluzione, a velocità costante preimpostata. E' da un palloncino-serbatoio in materiale elastico (elastomero) che esercita, sul fluido in esso contenuto, una pressione costante; tale fluido viene spinto lungo una linea capillare direttamente in vena. I limiti del sistema sono dati dalla imprecisione del flusso e dalla impossibilità di modificarne la velocità di infusione. Sono considerati facilmente gestibili dal personale di assistenza per il modesto onere in termini di manutenzione e di controllo.

#### **INFUSIONE DI TIPO ELETTRICO**

L'apparecchio si compone di una parte elettronica, che permette di configurare in tutti i suoi parametri la modalità di somministrazione e di una siringa monouso all'interno della quale è contenuto l'analgesico in soluzione. E' un sistema pratico, di facile gestione e può essere collegato in rete o in maniera indipendente; in alcuni casi può essere utilizzato per la terapia domiciliare.

#### **CONCLUSIONI**

Il degente che si ricovera in ospedale per affrontare un intervento chirurgico è abituato ad uno stile di vita indipenden-

te; in reparto i bisogni fondamentali quali: il mangiare, la mobilità, la privacy, il controllo delle funzioni corporee possono essere limitate dallo staff di assistenza o dalle strutture stesse dell'ospedale. L'incertezza su cosa l'aspetta, la paura dell'intervento e l'isolamento dall'ambiente familiare sono incrementati dall'improvvisa esperienza di una nuova sorgente di stress: il dolore post-operatorio

\* G. Pari, et al. "Il dolore post-operatorio, aspetti fisiopatologici e basi terapeutiche"- ISAL, RIMINI 1997

#### **Autori:**

*Claudio Carola, infermiere professionale presso l'U.O.D. di Anestesia e Rianimazione - Terapia Intensiva Post-Chirurgica in servizio presso l'Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata.*

*Giorgia Allegretti, infermiera professionale presso l'U.O.D. di Chirurgia Generale e Oncologica presso l'Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata di Roma.*

## **bibliografia**

NANCY M. HOLLOWAY, *Piani di assistenza infermieristica*, ed. Sorbona.

G. PARI et AL., *Il dolore post-operatorio: aspetti fisiopatologici e basi terapeutiche*, ISAL, Rimini 1997.

DE NICOLA A., *I farmaci del dolore post-operatorio*, atti del II Convegno Multidisciplinare, Napoli 1994.

Protocolli di assistenza infermieristica in T.I. post-chirurgica, ACOS San Giovanni-Addolorata, Roma.

# L'infermiere nell'emergenza neonatale e pediatrica

di Francesca Plaja

L'emergenza viene definita come un evento serio e inaspettato che può causare numerose gravi conseguenze. Solitamente richiede un intervento immediato.

In una situazione di emergenza l'agire dell'infermiere è rivolto alla rianimazione o alla stabilizzazione dei parametri vitali del neonato o del bambino.

Attualmente i riferimenti dell'agire professionale trovano riscontro nel codice deontologico, nel profilo professionale e negli ordinamenti didattici universitari.

Il professionista deve riconoscere e prevenire l'arresto cardio-respiratorio, deve saper rianimare e stabilizzare un bambino o un neonato in insufficienza respiratoria, shock o arresto cardio-polmonare.

Considerando alcune situazioni che si riscontrano nei neonati e nei bambini, gli interventi infermieristici dovrebbero essere:

- **in caso di arresto cardio - polmonare → iniziare il PEDIATRIC BASIC LIFE SUPPORT (PBLs).**

### **RIANIMAZIONE CARDIORESPIRATORIA: PBLs**

- Osservare;
- Riflettere;
- Agire: con il sapere (conoscenze teoriche); con il saper essere (mantenere la calma e gestire l'ansia propria e quella altrui); con il saper fare (conoscenze pratiche).

#### **1) Valutare lo stato di coscienza**

Si valuta lo stato di coscienza stimolando il bambino con un pizzicotto. La risposta al dolore è indice di presenza o meno dello stato di coscienza

#### **2) Pervietà delle vie aeree**

Rimuovere, se presenti, dal cavo orale corpi solidi o liquidi

#### **3) Rilevare l'attività respiratoria**

Sollevarne il mento con due dita, spingere la testa indietro appoggiando la mano sulla fronte e facendo perno sulla nuca (leggera iperestensione del collo) valutare 10 secondi:

- Con lo sguardo il torace se si espande;
- Con l'udito l'eventuale presenza di rumori;
- Con il tatto sentire l'emissione di aria calda dalla bocca del bambino

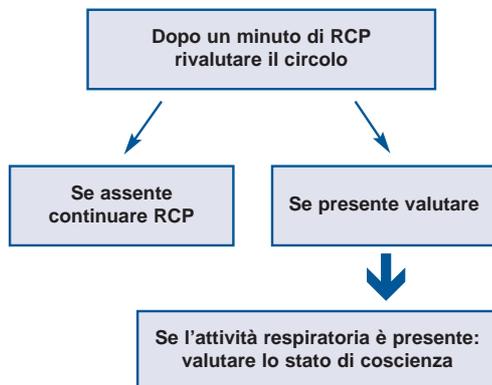


**Se il bambino non respira:  
eseguire 5 insufflazioni lente  
e profonde**



**N.B. COMPRESSIONI TORACICHE:**

- Tecnica delle 2 dita: le estremità del dito medio e dell'indice (2° e 3° dito) comprimono perpendicolarmente lo sterno di 2 o 3 cm (circa 100 compressioni al minuto);
- Tecnica dei pollici: le mani dell'operatore sono intorno al torace del neonato ed i due pollici comprimono lo sterno.



**NEL MOMENTO IN CUI SI ACCETTA IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE UN NEONATO GRAVEMENTE PRETERMINE:**

- *Obiettivo primario* dell'assistenza infermieristica al neonato pretermine è: la stabilizzazione dei parametri vitali.
- *Obiettivo secondario* - ridurre il rischio di possibili complicanze quali: retinopatia del pretermine, sepsi ecc.
- *Obiettivo terziario* - ridurre il ri-

schio di possibili complicanze a distanza dalla nascita quali: ritardo mentale, disturbi dell'apprendimento ecc.

Oggi l'assistenza infermieristica erogata nelle T.I.N. è "INDIVIDUALIZED DEVELOPMENTAL CARE" ossia "ASSISTENZA PERSONALIZZATA ALLO SVILUPPO DEL NEONATO, INCENTRATA SULLA FAMIGLIA".

Il Developmental care rappresenta un approccio olistico che inizia alla nascita e continua fino alla dimissione.

I punti fondamentali di questo approccio assistenziale sono:

- Promozione dello sviluppo del neonato;
- Il coinvolgimento e il sostegno alla famiglia;
- L'incoraggiamento al lavoro di gruppo e la crescita professionale di tutti gli operatori in T.I.N..

**NEL BAMBINO CON CONVULSIONI FEBBRILI IN ATTO, L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA DA ATTUARE:**

- Monitorare i parametri vitali;
- Mantenere pervie le vie aeree;
- Somministrare O<sub>2</sub>;
- Reperire accesso venoso;
- Eseguire prelievi ematici;
- Somministrare su prescrizione medica Diazepam ev (monitorizzando la frequenza cardiaca);
- Se non è possibile la somministrazione endovenosa eseguire quella endoretale (utilizzando un raccordo alla siringa);
- Somministrare su prescrizione medica Lorazepam.

**NEL NEONATO CON CRISI CONVULSIVA IN ATTO L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA DA ATTUARE:**

- Valutare il tipo e la durata della crisi;
- Aspirazione delle secrezioni presenti nel cavo orale e nelle prime vie aeree;
- Somministrazione di ossigenoterapia se occorre;

- Ricerca immediata di un accesso venoso;
- Monitoraggio dei parametri vitali.

### **NEL BAMBINO CON APPENDICITE ACUTA L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL MOMENTO DEL RICOVERO OSPEDALIERO DA ATTUARE:**

- Esecuzione prelievo ematico e delle urine;
- Reperire accesso venoso periferico;
- Inoltrare richieste Rx torace ed Ecg.

L'infermiere essendo un professionista sanitario "responsabile dell'assistenza infermieristica" di fronte all'emergenza deve valutare, stimare le proprie competenze e riconoscere i propri limiti.

Ogni prestazione sul bambino o sul neonato va valutata soppesandone rischi e benefici.

"L'infermiere si assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto, riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza" (recente codice deontologico).

Solo con una formazione continua si acquisiscono le capacità per garantire la qualità dell'assistenza.

### **Autore:**

*I.P. Francesca Plaja - U.O. T.I.N. - Patologia Neonatale - Azienda Ospedaliera "San Camillo-Forlanini" - Roma.*

## **bibliografia**

Taber "Dizionario Enciclopedico di Scienze Infermieristiche" - Mc Graw - Hill.

"Pediatria d'urgenza" - Bollettino del gruppo di studio di medicina d'urgenza pediatrica della Società Italiana di Pediatria - N° 18 anno 2002.

Pediatric Basic Life Support World Emergency Society (WES). Sulla base delle linee guida dell'American Heart Association.

## **in pillole**

**Tubercolosi, spunta il gene "spia"**

I ricercatori della McGill University, in Canada, hanno scoperto un gene che sembra aumentare la suscettibilità di un individuo ad essere colpito dalla tubercolosi.

In un articolo pubblicato dalla rivista "Proceedings of the National Academy of Sciences", i ricercatori sottolineano come questo gene sia in grado di controllare la crescita nei polmoni dei batteri responsabili della malattia. Il gene è stato individuato nei topi, attraverso la comparazione del Dna degli esem-

plari più suscettibili ad essere infettati per via aerea con quello degli esemplari meno suscettibili. I test hanno evidenziato che la suscettibilità dipenderebbe da una mutazione genetica sul cromosoma 19, chiamata Trl-4. "Il prossimo passo - ha spiegato il direttore della ricerca Philippe Gros - è scoprire se questa mutazione svolge la stessa funzione anche negli esseri umani. Se questo fosse vero, allora sarebbe possibile pensare a nuovi approcci terapeutici a questa malattia". La tubercolosi uccide ogni anno circa due milioni di persone nel mondo.

## Assistenza infermieristica pre-post operatoria al paziente con patologia vertebrale

di Alessandra Borzi

### CENNI GENERALI

Il rachide rappresenta l'organo portante del corpo umano, il suo compito principale è la funzione di sostegno in posizione eretta e secondariamente con il canale rachideo rappresenta la protezione ossea del midollo spinale e delle sue terminazioni nervose. Il rachide si suddivide in singoli elementi che sono: corpo vertebrale, dischi e legamenti intervertebrali, articolazioni e muscolatura. La colonna vertebrale (figura 1) è formata da 32 ossa, che si possono dividere in cinque gruppi: 7 cervicali, 12 toraciche o dorsali, 5 lombari (vertebre vere o mo-



Fig. 1 - Anatomia della colonna

bili), 5 sacrali e 4 coccigee (vertebre false o fisse- vertebre fuse a formare sacro e coccige). Il rachide visto in laterale presenta:

- una convessità anteriore nella regione cervicale;
- una concavità anteriore nella regione toracica (una curvatura eccessiva costituisce la *cifosi*);
- una convessità anteriore nella regione lombare (una curvatura eccessiva costituisce la *lordosi*);
- una concavità anteriore ancora più accentuata in corrispondenza del sacro-coccige.

Sul piano frontale il r. non presenta alcuna curvatura, le deviazioni laterali patologiche vengono definite *scoliosi* con convessità a destra o a sinistra. Il rachide sano è dotato di grande libertà di movimento e presenta di norma una complessità motoria articolata su piani diversi: flessione/estensione, piegamento laterale e rotazione. La più piccola *unità mobile* (figura 2) del r. è costituita da due ver-

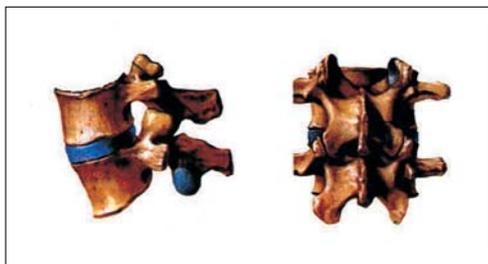


Fig. 2 - Unità mobile

tebre adiacenti, un disco intervertebrale posto nel mezzo dotato di un anello fibroso ed un nucleo polposo, dalle piccole articolazioni delle vertebre, dai legamenti e dai muscoli. Ricordiamo che tutte le vertebre hanno una morfologia simile, per quanto esistano certe differenze nelle diverse parti della colonna. La prima vertebra si chiama *atlante* e la si riconosce perché non ha il corpo vertebrale. La seconda vertebra prende il nome di *epistrofeo* ed è caratterizzata dal fatto di possedere un processo cilindrico-conico chiamato processo odontoideo o dente, il quale si protende verso l'alto ed occupa lo spazio dell'inesistente corpo della C1. Il dente si articola con la faccetta anteriore dell'atlante consentendo la rotazione della testa. Le vertebre toraciche sono 12 sulle quali prendono inserzione le coste. Le v. lombari sono le più grosse della colonna mentre il sacro ed il coccige derivano dalla fusione delle vertebre sacrali e coccigee. All'interno del canale rachideo c'è il *midollo spinale* (figura 3) che termina con il cosiddetto cono a livello L1/L2, dal cui apice si diramano le altre radici nervose che insieme formano la cosiddetta

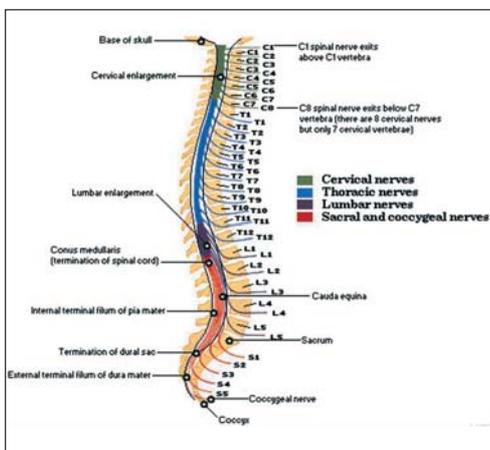


Fig. 3 - Rapporti tra radici nervose e vertebre

ta *cauda equina*. I nervi spinali fuoriescono dal foro intervertebrale e innervano aree specifiche del nostro corpo. Per definire il livello della localizzazione spinale si utilizzano i *dermatomeri* (figura 4) e i *miomeri*, che rappresentano l'area della cute innervata dalla radice posteriore (sensitiva) o dalla radice anteriore (motoria).

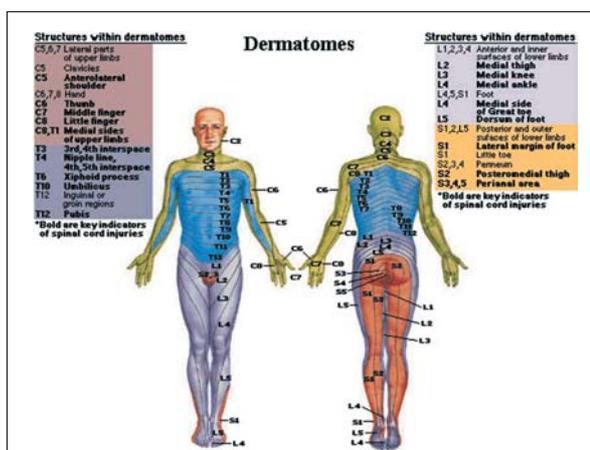


Fig. 4 - Mappa dei dermatomeri

## PATOLOGIE PIÙ COMUNEMENTE TRATTATE

Nella divisione di chirurgia vertebrale del Policlinico Gemelli le patologie che più frequentemente trattiamo sono le seguenti:

*I traumi* – Le fratture mieliche, amieliche, le lussazioni (spostamento permanente delle superfici articolari con e senza danno del midollo), le fratture patologiche da metastasi od osteoporotiche.

*Le deformità* – Scoliosi, cifosi, cifoscoliosi (figure 5 e 6) ecc..



Fig. 5 e 6 - Scoliosi dorso lombare: a sinistra preparatoria, a destra controllo postoperatorio

*I tumori* – Mielomi, metastasi.

*Le infezioni* – M. di Pott, spondiliti, disciti, forme reumatoidi ecc..

*Patologie degenerative* – Discopatie, spondiloartrosi, spondilolistesi ecc...

*Altre patologie* – Spondilolistesi, spondiloptosi, spondilisi, algie acute e croniche, crolli o avallamenti osteoporotici, ernie discali e stenosi del tratto cervicale-toracico-lombare, lombalgie ecc...

In caso di lesione della colonna vertebrale, di solito traumatica, la preoccupazione principale non è il danno alle vertebre o ai legamenti, ma il coinvolgimento delle strutture nervose correlate:

- il midollo spinale;
- la cauda equina;
- le radici nervose;
- i nervi spinali.

Nei casi in cui il midollo è sezionato, per cui il danno è completo ed irreversibile, l'atteggiamento con cui si affronta la situazione è meno critico; ma negli altri casi bisogna intervenire in modo adeguato per evitare peggioramenti o ulteriori danni neurologici. (per es. la movimentazione pericolosa)

### **ASSISTENZA PRE-OPERATORIA**

I pazienti che vengono operati in elezione vengono preparati dal giorno prima dell'intervento:

- colloquio informativo circa i movimenti possibili a letto, immobilizzazione a letto fino all'esecuzione dell' RX di controllo pre-operatorio (determinazione dell'ortesi o gesso per il carico);
- controllo dell'emozione e della preoccupazione;
- digiuno fino al giorno successivo l'intervento (tranne "accessi chirurgici" anteriori addominali o specifiche controindicazioni);
- prelievo per compatibilità per la richiesta di sangue o eventuale autosalasso (eseguito almeno 72 ore prima);
- preparazione della cartella clinica;
- preparazione intestinale e tricotomia;
- profilassi antibiotica con protocollo standard;
- preparazione del letto e della documentazione clinica;

- invio in S.O;
- letto articolato in 3 punti;
- controllo della trazione Halo (utilizzato nelle deformità da correggere chirurgicamente allo scopo di trazionare la colonna nella sua complessità).

Per i pazienti che vengono operati d'urgenza:

in aggiunta:

- eventuale ortesi di supporto se patologia instabile (collare, busto, valva ecc.);
- incanalamento via venosa;
- controllo parametri vitali;
- posizionamento di catetere vescicale.

### **ASSISTENZA POST-OPERATORIA**

- Materassino antidecubito nelle lesioni mieliche;
- controllo della veglia del paziente;
- parametri vitali (respiro, polso, diuresi);
- terapia infusione con gastroprotettori;
- antibioticoterapia e antitrombotica con eparine a basso peso molecolare;
- terapia antidolorifica;
- controllo dei drenaggi e della ferita;
- digiuno fino al giorno successivo;
- mobilizzazione a letto con rotazione in asse;
- decubito laterale per le cifosi;
- presenza di un familiare per la prima notte;
- FKT di supporto se occorre, valutata singolarmente e eseguita in collaborazione con fisioterapisti giornalmente presenti.

Alimentazione

- Acqua, thè, camomilla, succhi nella 1° giornata;
- semiliquida in 2° giornata poi dieta libera;
- digiuno fino alla canalizzazione dei gas per accessi chirurgici anteriori addominali (1°-2° gior.);
- digiuno assoluto per gli accessi chirurgici transmandibolari (terapia venosa centrale o periferica + gastrostomia).

### Eliminazione

- olio di vaselina per os in 3-4 gior. post-operatoria;
- clisterino in 5-6 giornata post-operatoria;
- liquidi (circa 1,5 litri) per os/die.

### Dolore

La sintomatologia dolorosa è condizionata da alcuni fattori:

- la condizione precedente l'intervento (elezione o urgenza);
- tipo di intervento chirurgico (più o meno demolitivo);
- durata dell'intervento (posizione sul letto operatorio);
- condizioni generali del paziente;
- componente emotiva o ansia;
- capacità di adattamento all'ambiente ospedaliero.

Il dolore interessa oltre la ferita chirurgica, anche i muscoli, i visceri, i nervi, i vasi e le altre strutture interne ed è difficile quantizzarlo in maniera obiettiva poiché è un'esperienza soggettiva. Tuttavia il rilievo di alcuni parametri può essere utile per dare riscontro oggettivo alla sintomatologia: il polso, la P.A., la sudorazione, l'insonnia.

Il trattamento del dolore ha lo scopo di:

- alleviare le sofferenze;
- ridurre l'incidenza di alcune complicazioni (il digiuno favorisce l'immobilità del paziente con possibili complicanze respiratorie e tromboemboliche. Si segnalano stati di depressione per prolungamento dello stress da dolore).

Nella nostra divisione si utilizzano:

- inserimento dell'elastomero a lento rilascio di farmaci antidolorifici, gastroprotettori ed antiemetici;
- antidolorifici in aggiunta EV nei primi due giorni al bisogno, poi IM;
- talvolta ansiolitici o sedativi;
- collaborazione con anestesisti specialisti nella terapia del dolore.

### Ferita chirurgica

- visionata il primo giorno, controllo delle perdite dal drenaggio;
- medicazione con disinfettanti iodati e rimozione drenaggio in 2°-3° giornata, poi in 7°;
- desutura a 15 gg;

- per i drenaggi toracici in aspirazione con Boulao, se il polmone è a parete, il tubo viene rimosso in 1°-2° giornata controllando giornalmente la posizione del tubo con RX del torace, e prima della rimozione si esegue RX con tubo clampato.

### La Febbre

Consideriamo nella norma la febbre nei primi due giorni post-operatori:

- rimozione del catetere vescicale in 2°-3° giornata post-operatoria;
- se ancora presenta febbre e la ferita è in ordine si esegue es. urine, urinocoltura con a seguire un altro antibiotico;
- eventuale radiografia del torace;
- si esegue tampone della ferita chirurgica per germi comuni e poi terapia adeguata se la ferita non è pulita;
- Se persiste febbre si sospende qualsiasi trattamento antibiotico, si eseguono 3 emocolture, es. urine, urinocoltura e per miceti e viene ripristinata nuova terapia antibiotica da cons infettivologica.



Fig. 7 - Frattura della colonna lombare; a sinistra controllo Tc preoperatorio, a destra Rx postoperatorio

### Radiografie

Tutti gli operati eseguono un controllo radiografico post-operatorio (figura 7), il quale aggiunge importanti informazioni circa i mezzi di sintesi utilizzati e determina conseguentemente la mobilitazione e la protezione ortesica da utilizzare. (escludiamo gli operati di ernie lombari e talvolta le stenosi lombari).

### Ortesi

#### Colonna cervicale:

- collare MIAMI (figura 8)
- collare PHILADELPHIA
- minerva gessata
- fissatore esterno di Halo, che può essere vest o cast (figura 9)



Fig. 8 - Collare Miami

**Colonna dorsale:**

- busto in stoffa e stecche con spalline
- busto di gesso
- busto di plastica alto (preparato su calco gessato)

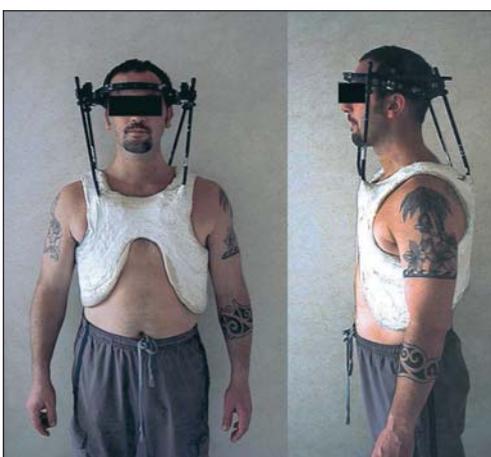


Fig. 9 - Paziente in trattamento con Halo cast per frattura C2

**Colonna lombare:**

- lombostato di stoffa e stecche
- busto di gesso
- busto in plastica (preparato su calco gessato)

Lo scopo del tutore è quello di proteggere l'individuo operato dai movimenti scorretti quali le flessioni, le rotazioni, i piegamenti. Al paziente, quindi, viene insegnata la movimentazione con i busti e i collari.

Ogni busto o collare di gesso deve immobilizzare, senza provocare danni: decubiti, compressioni e allergie. Deve essere imbottito all'interno e non deve pesare eccessivamente. Di solito è controindicato nei pazienti cardiopatici e broncopatici poiché non può essere rimosso immediatamente.

**IL PAZIENTE CON LESIONE MIELICA**

Quando la lesione della colonna compromette il midollo, si verificano disturbi sensitivi, motori e vegetativi. Si parla quindi di paraplegia e tetraplegia (paralisi) e di paresi (indebolimento della contrattilità).

L'assistenza al paziente mielico è tutto ciò di cui abbiamo già detto e molto di più, è un lavoro impegnativo, coinvolgente e faticoso.

Il problema più grande una volta stabilizzato dal punto di vista organico è gradualmente insegnare al paziente un percorso nuovo. Una mielolesione compromette più o meno seriamente la funzionalità dell'intero organismo, esclusa la vista, l'udito, la parola e le funzioni corticali (pensare, ragionare, ricordare) e soprattutto, spesso, non è un evento morboso da cui non si guarisce. Si migliorano le condizioni cliniche e si entra nella fase della riabilitazione. Molte funzioni vengono vicariate da opportuni trattamenti farmacologici, riabilitativi, ortesici e comportamentali.

**Assistenza pre-operatoria**

In aggiunta:

- controllo e cura dello shock midollare;
- immobilizzazione della porzione della colonna interessata.

**Assistenza post-operatoria**

- Posizionamento del materassino antidecubito. Disponiamo di materassini con compressore ad aria, i quali permettono di ridurre notevolmente, se non in maniera assoluta, il rischio delle lesioni da decubito.

- adeguato livello nutrizionale ed idrico;

- controllo e cura della tracheostomia (presente nelle lesioni alte della colonna) con broncoaspirazione e lavaggi bronchiali al bisogno per evitare ristagni del catarro e respirazione libera. Appena le condizioni cliniche sono stabili si procede al cambio della canula con un tipo (senza cuffia e con il tappo) che permette al paziente di mangiare e parlare liberamente. Dopo ulteriori 7 giorni di andamento

senza problemi si procede alla chiusura della tracheostomia. La valutazione di ciò è supportata dallo specialista ORL;

- si inizia in 1° giornata post-operatoria la riabilitazione attiva motoria degli arti interessati da parte dei fisioterapisti, che seguono insieme al personale infermieristico, il programma che permetterà al paziente di alzarsi in carrozzina;

- viene inserito il programma di cambio quindicinale del catetere vescicale a dimora con coltura della punta catetere per germi comuni. Appena possibile si insegna al paziente la cateterizzazione ad intermittenza 3 o 4 volte /die mediante cateteri autolubrificati; questo permette di svuotare completamente la vescica evitando ristagni dell'urina;

- ogni 2-3 giorni viene esplorata l'ampolla rettale per controllarne il contenuto ed aiutare lo svuotamento. Contemporaneamente l'inserimento di una dieta adeguata e l'olio di vaselina per os permettono di rendere morbido il contenuto intestinale.

- terapia antitrombotica assolutamente necessaria;

- prevenzione dei disturbi respiratori (soprattutto nelle lesioni alte, che coinvolgono la muscolatura intercostale e diaframmatica) con aerosol di supporto e fisioterapia respiratoria.

Mobilizzazione precoce;

- stabilizzate le condizioni generali e stabilita la protezione ortesica da utilizzare si procede alla mobilizzazione in carrozzina. Inizialmente il paziente viene messo per 1-2 giorni seduto nel letto a 90°. Successivamente per mezzo di un sollevatore elettrico (figura 10) con amaca, il paziente viene alzato dal letto e fatto restare sospeso sull'amaca per almeno 20-30 minuti. Si procede poi, mediante telecomando, allo spostamento dello stesso sulla carrozzina. Anche se banale, la carrozzina rappresenta uno strumento per il paziente, verso l'autonomia;

- viene inviato nel più breve tempo possibile in centri specializzati per la riabilitazione motoria.

Noi infermieri cerchiamo di garantire l'assistenza migliore nel rispetto delle risorse di cui disponiamo e collaboriamo



Fig. 10 - Uso del sollevatore per mobilizzare un paziente con lesione mielica

direttamente non solo con il medico-ortopedico curante, ma in équipe con fisioterapisti, medici specialisti (infettivologo, orl, internista, fisiatra ecc), dietisti.

#### **Autore**

*Alessandra Borzi Caposala Chirurgia Vertebrale - Pol. A. Gemelli Roma*

## in pillole

Tumori, una mini-camera per amica  
Il Consiglio Nazionale delle Ricerche ha costituito, in collaborazione con Cea S.r.l e Innova S.p.A., un'impresa per la realizzazione, sperimentazione e commercializzazione di un nuovo dispositivo scintigrafico per la diagnostica di tumori di piccole dimensioni, come quelli al seno e alla prostata. Si tratta di una speciale mini-gamma-camera ad alta risoluzione spaziale, in pratica un dispositivo scintigrafico miniaturizzato, capace di colpire il bersaglio con grande precisione e che può agevolare la chirurgia radio-guidata, integrando inoltre tecniche di tipo morfologico come le biopsie guidate. La novità di questa apparecchiatura consiste soprattutto nella struttura modulare della mini-gamma-camera, facilmente trasportabile, di basso peso, ad elevata risoluzione spaziale e con un'area di visualizzazione estendibile in grado di rilevare tumori di dimensioni inferiori a 5 millimetri.

# La valutazione multidimensionale dell'anziano incontinente nel bisogno di eliminazione urinaria

di Mauro Morroto

**L'** incontinenza urinaria è divenuto oggi un problema che, sempre più spesso, può determinare, nel soggetto interessato, dei profondi e sconvolgenti cambiamenti delle abitudini di vita e delle relazioni sociali fino a provocare, in esso, dei seri stati di depressione psicologica. Questa è la perdita involontaria di urine in luoghi e tempi inappropriati ed è legata ad una disfunzione della vescica e degli sfinteri.

Al contrario definiamo la continenza come la capacità di urinare volontariamente (e quindi di poter anche posticipare l'impulso) in un luogo socialmente accettabile. Inoltre questo (oltre ad avvertire la necessità) potrà identificare un luogo appropriato per la minzione (con conseguente trattenuta) e facilmente raggiungerlo. Sebbene la comparsa dei primi disturbi è stata riscontrata in pazienti di età tra i 50 e 60 anni, oggi si tende leggermente a far scendere tale soglia, sia per una maggiore informazione tra le persone che per la comparsa di nuove attività (in proporzione al grado di civilizzazione), favorenti il fenomeno. Il sesso femminile ha poi probabilità maggiori nel riscontro di tale disturbo, rispetto a quello maschile, ed è propenso ad incontrarlo prima, tenendo conto soprattutto della gravidanza della donna. Altri fenomeni di incontinenza possiamo riscontrarla nei disabili, come conseguenza diretta di lesioni neurologiche (paresi di varia natura) e nei casi di mobilità limitata, o assente, causata da patologie più o meno invalidanti. Fenomeni

di questo tipo possiamo riscontrarli nei nosocomi, su pazienti ospedalizzati, in special modo sui lungodegenti dove a ciò fanno seguito, anche, altre implicazioni di natura psichica. A questi scompensi fisici vanno ad aggiungersi poi altri di natura ambientale, sociale ed igienica, che generano nel soggetto sentimenti di inferiorità manifesta, nonché di stima perduta, per il mancato controllo delle proprie attività fisiologiche. Perciò maggiore sarà l'entità della perdita di questo controllo (urine perse nell'arco della giornata), maggiore sarà lo sconforto e lo sconcerto del nostro soggetto, che tenderà sempre più all'isolamento.

In effetti gli sforzi maggiori che dovrà compiere il nostro soggetto, affetto da questo disturbo, saranno proprio quelli di dover nascondere agli "altri" tale fenomeno, sempre e comunque. La paura che amici, colleghi o i familiari stessi possano scoprire lo stato di incontinenza della persona, tende a portare questo verso uno stato di massima prostrazione, impotenza e depressione che non favorisce certo la risoluzione del problema. Quindi più della singola affezione, che comunque da sola non costituisce (specie se presa in tempo) una vera minaccia alla nostra vita, colpisce maggiormente l'imbarazzo e gli inconvenienti igienici.

Possiamo definire uno stato ottimale di continenza laddove siano presenti, nel nostro organismo, certe condizioni tra cui:

- un apparato muscolare sfinterico capace di impedire perdite di urina;

- una vescica rilassata mentre si riempie di urina, con conseguente contrazione fisiologica nello svuotamento;

- una ottimale tonicità dei muscoli del pavimento pelvico, tali da supportare sfinteri e vescica;

- capacità psico-fisiche integre del nostro organismo (locomotorie cerebrali, ecc.) tali da assicurare una piena sinergia di movimenti ed impulsi, favorenti il raggiungimento del luogo per la minzione.

Qualora una di queste peculiarità venga meno può sussistere un caso di incontinenza.

Tenuto conto dell'enorme differenza del distretto pelvico tra uomo e donna possiamo inquadrare due diverse eziopatologie nell'economia di questo disturbo.

Nella donna le cause più frequenti di incontinenza possono rilevarsi tra quelle che hanno avuto più parti o incontrato seri problemi nella gravidanza (passaggio della testa del bambino che indebolisce i muscoli del pavimento pelvico), presenza di prolasso uterino o per lo meno un cambiamento della tonicità tissutale (menopausa), fino ad arrivare all'obesità. E' per tale motivo che la percentuale delle persone affette da questo disturbo pende in maniera eccessiva verso il sesso femminile.

Nel maschio invece le cause possono riscontrarsi nei processi degenerativi cerebrali, nei danni a carico di vescica e prostata oppure per problemi uretrali o renali. Altre cause riscontrabili in entrambi i sessi possono essere i danni neurologici (provocati da incidenti a carico della colonna vertebrale), oppure nei pazienti ricoverati in strutture sanitarie (ospedali, cliniche, case di cura, lungodegenze, ecc.) come concausa di altre patologie.

#### **VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI PSICOLOGICI NEL SOGGETTO AFFETTO DA I.U.**

Abbiamo visto quanto possa risultare estremamente difficile per una persona affetta da questo disturbo esternare o confidare a chicchessia, aspetti che riguardano così marcatamente l'intimo di un individuo. Il controllo delle funzioni

più elementari del nostro organismo riveste, almeno nella nostra civiltà, un'importanza preponderante ed una priorità assoluta, che può portare facilmente il nostro soggetto a delle ripercussioni a volte drammatiche. Il senso di colpa verso il proprio corpo (senza più il dovuto controllo) e la paura (di tutte le conseguenze derivanti dalla perdita di urine) che attanaglia la persona, diviene, con l'andare del tempo, maggiore del disturbo stesso. Per questo maggiori saranno i fattori esterni che possono influire negativamente sull'individuo, maggiori saranno i problemi incontrati da questo. Di conseguenza il soggetto cercherà il più delle volte di evitare (o limitare al massimo) i contatti con l'esterno. Ma anche in ambito domiciliare possono riscontrarsi barriere insormontabili per la nostra persona, quali ad esempio una posizione non ottimale del bagno rispetto alla stanza. Per cui dal momento dello stimolo iniziale all'apertura degli sfinteri (non proprio tonici) dell'interessato, passa talmente poco tempo, rispetto al raggiungimento del bagno, che può avvenire una più o meno rilevante perdita di urine. Tra gli altri impedimenti domestici che possiamo riscontrare, vi sono una posizione del water troppo scomoda da raggiungere, un abbigliamento del soggetto (troppo contentivo) che non agevola una rapida esecuzione della minzione, oppure l'assenza di maniglie nel bagno che aiuterebbero non poco la persona colpita dal disturbo. In effetti alcuni piccoli accorgimenti se adoperati e messi in pratica tutti i giorni, potrebbero, se non risolvere il problema, per lo meno alleviarlo. Molto dipenderà anche dalla quantità di urine che si perdono nell'arco della giornata, anzi il grado di imbarazzo e di frustrazione del nostro soggetto è in perfetta relazione con la misura di ciò. Pertanto maggiore sarà la quantità di urina persa e più volte la persona dovrà correre in bagno, maggiore sarà il senso di colpa, il grado di scoramento e la vita di relazione che risulteranno modificate. Perciò si avrà paura di bere, perché altrimenti si urina di più, si avrà paura di frequentare luoghi ove non ci sia la possibilità della minzione, si avrà paura di non raggiungere in tempo i servizi igienici, si avrà paura di "emana-

re cattivi odori” o che gli altri possano scoprire il proprio “difetto”, ed infine la paura di non poter mai ritornare “normale”. Si pensi alle svariate difficoltà che può incontrare una persona sul posto di lavoro, ove questo non possa assentarsi più di tanto (catene di montaggio), oppure il dover giustificare le continue ed impellenti pause ai colleghi, tutto questo a scapito dell’efficienza e della professionalità.

Tutte queste “paure” possono divenire in tempi brevi delle vere e proprie

persecuzioni e sfociare anche in comportamenti aggressivi, angosciosi, depressivi ed ansiogeni, tutti miranti ad un graduale isolamento o modificanti le proprie abitudini. Ad esempio in famiglia potrebbe divenire più negligente nei lavori domestici, potrebbe amplificare dei rapporti già tesi con uno o più esponenti (quanti problemi esistono con uno o più anziani in famiglia?), potrebbe necessitare di abbigliamento più consono (indumenti larghi e di colorazione nera) per meglio celare il problema, ma non essere



assecondato nei suoi intenti (altra possibilità di conflitti). Tutte queste cause deriverebbero ovviamente dalla paura di confessare ad uno o più parenti il disturbo che provoca tanto imbarazzo, invece che mettere al corrente i familiari e ricevere da questi comprensione ed aiuto. In effetti è nella propria famiglia che il soggetto (non necessariamente anziano) può riversare le proprie paure o le proprie speranze, a secondo del relazione-mento con i propri cari, che questi aveva prima dell'inizio dei disturbi.

Rimane quindi l'ambito familiare anche il luogo di origine dei prodromi dei disturbi che affliggono il nostro individuo. Da una indagine eseguita su 25 persone afflitte da I.U., che hanno usufruito del nostro Servizio di Urodinamica, con un'età variante da 48 a 67 anni, ben 17 avevano rivelato il proprio disturbo ad un familiare (possibilmente del proprio

sesto), 3 ad un proprio amico/a, e solo 5 ad un sanitario. Comunque anche quelle persone che si sono confidate, con i propri familiari, hanno riscontrato seri problemi di comunicazione con il resto della famiglia, trovando poca sensibilità per il problema, molta insofferenza ed indisponibilità, un po' per il susseguirsi frenetico della nostra vita quotidiana ed un po' per non urtare troppo la suscettibilità della persona anziana (e la loro intimità). Sempre in base a questa indagine (non ufficiale), che si svolgeva in questi ambulatori, in modo abbastanza amichevole e informale, è risultato che per quanto riguarda gli uomini, una delle prime figure a cui il soggetto confessa disturbi minzionali è il proprio amico o il proprio collega (se ancora in età lavorativa). Il maschio incontinente perciò preferisce un elemento che sia fuori l'ambito domiciliare e preferibilmente con la

sua stessa età, quando vengono trattati temi che riguardano la propria intimità. Questo per non intaccare, in famiglia (sia con la consorte, che con i figli e/o i nipoti) quello che rappresenta (almeno per questa generazione) la figura patriarcale e paterna, che si erge come massima protezione di tutti i componenti, infallibile ed inviolabile. Nella donna invece, per ciò che concerne le prime rivelazioni sul disturbo, si distinguono due fasce di età (suddivise da quasi una generazione), quelle dai 45 ai 56 anni, e quelle dai 57 ai 68 anni. Le prime prediligono la figura sanitaria (medico di base, medico del distretto, specialista, ecc.), anche perché sono molto informate, soprattutto sugli ultimi ritrovati della scienza. Non hanno paura delle innovazioni e tengono per pri-



me a sperimentare nuovi metodi nella lotta all'incontinenza (test urodinamici). Non fanno distinzione sul sesso del riabilitatore (medico o infermiere che sia) e sono molto costanti nell'esecuzione di ogni terapia e di ogni seduta. La fascia di età che va dai 57 ai 68 anni, invece, predilige ancora una figura familiare femminile, almeno come prima confidente, prima di affidarsi alle cure del sanitario (e sempre dopo il consiglio della figlia, della sorella più giovane o della nipote). Questo passaggio dell'iter di un incontinentemente è fondamentale, perché è qui che si può vincere la battaglia (in tempi brevi), oppure passare attraverso tutte le fasi della rieducazione clinica. A questo livello se il soggetto, già ai primi disturbi, si rivolge allo specialista, senza remore né imbarazzo, ma con fiducia e coerenza, può in poche sedute di riabilitazione (7-8), tramite appositi test urodinamici ed in base al tipo di incontinenza riscontrato, ripristinare la tonicità muscolare di quei distretti, favorevoli contrazioni ottimali della vescica e degli sfinteri, che permetteranno a costui di vivere una vita più appropriata.

Il grado di imbarazzo, di frustrazione e di percezione della propria inferiorità del nostro individuo è comunque da mettere in stretta relazione all'elemento caratteriale che questi esprime di fronte alla patologia. Quanto più la persona ha di sé un'immagine forte, irreprensibile, energica, autosufficiente in tutto, tanto più sarà portato ad eludere il problema e a rimandare ogni tipo di cura, a tempi migliori, sperando comunque che le perdite possano interrompersi. Tali personalità così spiccate sono le più restie e quindi anche le più difficili da riabilitare (e consigliare), perché non concepiscono che un tale "disturbo", da loro ritenuto passeggero ("cosa vuole che siano due gocce di urina..."), possa inficiare la loro vita di relazione, cercando perciò di banalizzare o sottovalutare il problema.

I disagi e l'imbarazzo della persona incontinente poi, andranno messi in relazione anche al tipo di occupazione (se in età lavorativa) che questi aveva al momento dei primi disturbi, e quale posizione ricopriva nell'ambito aziendale (lavorativo). Anche in questo caso, maggiore è il ruolo che costui ricopre o ricopri-

va, in un ambiente lavorativo, maggiore è il grado di imbarazzo, di disagio e di frustrazione che attanaglierà la nostra persona. Abbiamo riscontrato dosi di vera angoscia e depressione in individui che ricoprivano (nella società) ruoli e posizioni gestionali, rispetto, a dei pensionati, che dovevano confrontarsi con meno ambiti quotidiani (famiglia, amicizie). Il soggetto inoltre tenderà a limitare (se non a cessare) ogni attività sportiva e ludica (viaggi), ovvero ad eliminare un'altra fonte di disagio, derivato dal contatto ravvicinato (docce, saune, spogliatoi, ecc.) con altre persone.

Altra fonte di enorme imbarazzo saranno i rapporti intimi con l'altro sesso. Questo risulta essere il punto più alto dell'alterazione delle proprie abitudini e dei propri desideri e forse il più moralmente degradante, quello che mette ko la psiche di un individuo, proprio perché dal pieno appagamento di tali bisogni fisiologici, la persona può trarre motivazioni che gli necessitano.

Tutte queste difficoltà che incontra il nostro individuo nell'ambito domiciliare si dilatano ulteriormente in base al grado di autonomia che questi ha raggiunto nel momento in cui si presentano i primi disturbi. A tale proposito le diverse realtà sociali contribuiscono non poco al suo grado di disagio e frustrazione. Perciò possiamo trovare l'incontinente in famiglia (con fratelli o sorelle, con i figli e/o i nipoti) e completamente autonomo, oppure relativamente da questi dipendente. Un'altra realtà (la più frequente) è quella dell'anziano che vive in casa in solitudine (o con la consorte), in condizioni di estrema difficoltà, requisiti negativi che contribuiranno maggiormente al grado di imbarazzo della persona ed all'aggravamento del problema.

Un'altra realtà possibile è la persona che accusa episodi di incontinenza associata ad altre patologie che possono essere più o meno invalidanti. Il soggetto che è allettato in una struttura sanitaria, avrà possibilità maggiori in proporzione alla durata della sua degenza sia di accusare alcuni episodi di incontinenza sia di sviluppare una vera patologia dell'apparato urinario.

Pertanto questo disturbo è un capitolo della patologia umana soprattutto

femminile poco conosciuto ed esplorato, ma che pur tuttavia ha grandi risvolti economico-sociali.

Date queste peculiarità possiamo ritenere che per affrontare e risolvere questa patologia è assolutamente necessario conoscerla e per conoscerla è indispensabile parlarne. Spetta quindi allo staff sanitario ed alla comunità scientifica il compito di sensibilizzare la gente su questa problematica, ciò al fine di fare emergere l'I.U. in tutta la sua completezza e complessità.

Diventa quindi necessario il riconoscimento e la valutazione dell'I.U. con un approccio multidimensionale in quanto coinvolge altre sfere "dell'essere" del soggetto anziano.

#### **Autori**

*Mauro Morroto A.F.D. - Ospedale "S. Eugenio" U.S.L. RMIC*

## **bibliografia**

"Gestione del paziente incontinente: dispositivi per l'incontinenza" – Atti convegno nazionale AIURO Pisa.

"Assistenza infermieristica in Urologia" – Meazza, Bergomi, Poma, Battipaglia – Mc Graw-Hill Editore – 1997.

"Elementi di nursing in ambito urologico" M.R. Basso – AIURO – 1995-1999.

"Le schede di valutazione dell'incontinenza urinaria" – E. Zanetti – Lauri Edizioni - 1998.



**L**uci e ombre sugli infermieri dai media. Un refrain che si ripete e che indica una volta di più che il lavoro da svolgere sull'immagine pubblica della professione è ancora grande. E che il cammino, sebbene non manchino segnali incoraggianti, è ancora lungo.

Luci e ombre, si diceva, su un'estate bollente come l'ultima. Le prime, francamente, non sono mai troppe per una professione che proprio d'estate viene "spremuta" fino in fondo e costretta a lavorare in condizioni ancor più difficili, con turni già massacranti resi insopportabili dal periodo di ferie e dalle corsie che si riempiono di pazienti bisognosi di assistenza.

Le ombre, invece, disturbano non poco. Tanto più che, lungi dal raffreddare la canicola record, finiscono col riscaldare ulteriormente gli animi. E' bene forse ricordare a tutti che surriscaldare gli animi degli infermieri non fa bene a nessuno, specie in una fase tanto travagliata per la sanità nazionale come quella attuale.

E allora basta con gli attacchi gravissimi e infondati alla categoria, sulla professionalità di chi è impegnato ogni giorno in un'attività difficile e delicata come quella dell'assistenza alla persona malata. Basta con certa informazione che sbalordisce per superficialità, con il malvezzo di mescolare la cronaca, che riguarda i singoli individui, con la categoria professionale. Di più: confondere gli infermieri con altre figure professionali sanitarie.

L'ultimo fendente alla dignità professionale degli infermieri risale allo scorso agosto, quando alcuni organi di informazione (*Il Messaggero* e *Rai-Tg3 Lazio*) hanno pubblicato la notizia del furto di un monitor defibrillatore presso la po-

stazione del Servizio 118 dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata di Roma. Erroneamente, la responsabilità del furto e della conseguente ricettazione è stata attribuita ad un infermiere. Invece il personale coinvolto nella vicenda non apparteneva affatto alla qualifica di infermiere, ma ad altra categoria.

Troppo spesso, in presenza di casi di "malasanità" o di fatti squalificanti della professionalità degli operatori sanitari, se ne attribuisce la responsabilità agli infermieri. Spesso accade per ignoranza, non per volontà persecutoria. Ma il danno all'immagine pubblica della nostra professione resta e colpo dopo colpo lede la dignità degli infermieri.

Ancora una volta, grazie alle pronte segnalazioni dei colleghi, il Collegio è dovuto intervenire con la massima decisione, attivando la tutela legale della categoria e costringendo alla rettifica immediata le testate protagoniste della vicenda.

Nessuno s'illude che sia l'ultimo episodio. Ma gli infermieri sanno anche aver pazienza; hanno appreso dalla loro attività quotidiana la veridicità del motto secondo cui *chi la dura, prima o poi, la vince*.

Ed è infatti innegabile che la crescita segnata dalla professione infermieristica negli ultimi anni non abbia lasciato il segno tra i media. Un'attenzione crescente verso quella che solo ora comincia ad essere vista come una professione intellettuale a tutto tondo, una professione di alta specializzazione e con la dignità che le deriva dal ruolo specifico. E prezioso per la collettività.

Lo testimoniano i titoli e i servizi radiotelevisivi che durante l'estate hanno rimarcato, con tono più o meno dram-

matico, la carenza di personale infermieristico, aggravata dall'emergenza caldo, e il mancato decollo dei servizi territoriali. Testimonianze dirette dell'assunto che senza l'apporto straordinario degli infermieri il sistema sanitario non funziona.

Fa piacere, infine, segnalare l'attenzione con cui i mezzi d'informazione, e non solo quelli di settore, hanno trattato i lavori della "II Conferenza Internazio-

nale del Sapere Infermieristico" di Roma, accreditando finalmente la nostra figura in una posizione di primo piano nel panorama delle professioni sanitarie. Fra tutti, una menzione speciale va certamente attribuita a *"Panorama della sanità"* che con i suoi inviati ha seguito costantemente la due-giorni romana riferendone ampiamente sul primo numero di luglio.

## IL COLLEGIO IN TV

Per informarti in tempo reale  
su tutto quanto fa... infermiere

### Televideo Regionale RAI

La pagina assegnata  
al Collegio Ipasvi di Roma é...

# 439

# Il processo del burn out

Tensioni ed affaticamento, inevitabili nelle professioni di aiuto, non vengono mediati da un sistema di sostegno

di *Cristiana Rosi*

## CHE COS'È

Il termine ha origine negli Stati Uniti. Il dizionario traduce "to burn out" con bruciare fino in fondo, estinguersi, logorarsi, provocare un cortocircuito. L'espressione "to burn oneself out" indica il rovinarsi la salute, burn out è non farcela più, il malumore e l'irritazione quotidiana, la prostrazione e lo svuotamento, il senso di delusione e di impotenza di molti lavoratori e, in particolare, di quelli che lavorano nei servizi socio-sanitari.

Il mondo dei servizi socio-sanitari è quello del massimo stress, poiché dare e ricevere servizi vuol dire entrare in contatto, vuol dire vivere l'odio e l'amore, le aspettative e le delusioni, l'intesa e la disputa (Grasso 1985).

Nei servizi socio-sanitari, inoltre, il contenuto del lavoro è poco prevedibile e la sua natura rimanda ad una condizione di sofferenza, talora anche alla morte, e chiama in causa dinamiche individuali, inerenti al proprio vissuto interno, denso di esperienze e di fantasie. L'aspetto interessante e coinvolgente del lavoro in questo campo, consiste nella percezione dell'alta utilità sociale che l'operatore ha del proprio compito, ma anche delle difficoltà che sorgono nel mantenere il proprio lavoro all'altezza delle richieste e delle necessità che esso comporta.

Il burn out nasce in un momento storico di rapido ed intenso mutamento economico e sociale e coincide con l'indebolirsi e lo scomparire di ruoli e strut-

ture sociali, che prima costituivano riferimenti sicuri, con il declino del senso di appartenenza ad una comunità a favore di un tessuto sociale che tende all'anonimato (Cherniss 1980).

Questa "solitudine", facilita l'emergere di un sentimento di frustrazione e delusione, di fronte a situazioni di vita quotidiana e soprattutto in ambito lavorativo, dove l'operatore si sente incapace di gestire lo stress a cui è sottoposto. Ciò purtroppo conduce ad una inibizione delle capacità creative, ad una situazione depressiva che gli rende quasi impossibile comprendere la realtà organizzativa che lo circonda e che ha delle forti aspettative nei suoi confronti.

Il risultato di questa disorganizzazione della psiche si esprime con disagi del comportamento di cui il burn out è l'espressione. Il burn out si associa ad un deterioramento del benessere psicofisico: i rapporti con gli altri (sia nel lavoro che fuori) risultano, infatti, compromessi. Gli effetti negativi, inoltre, non coinvolgono il singolo operatore, ma anche l'utente, al quale viene offerto un servizio meno adeguato ed un trattamento privo di umana empatia. E' altamente probabile che un operatore sia affetto da "sindrome di burn out" quando questi, al principio molto attivo, motivato ed impegnato a migliorare professionalmente, avverte, ad un certo punto, di non sopportare più i "suoi" pazienti o utenti, evita di litigare con i colleghi, non sopporta e detesta la

routine, si sente mentalmente stanco, ha perso l'entusiasmo, si sente mentalmente esaurito, apatico, "bruciato", diventa asenteista, o con fenomeni di richieste eccessive per turnover.

Il burn out è una sindrome multifattoriale, caratterizzata da una costellazione di sintomi (psicofisici) che impoveriscono, limitano le iniziative legate alla vita personale e, soprattutto, influenzano l'attività lavorativa, vissuta come condizione insoddisfacente, perché vissuta come soverchiante, imm modificabile, una situazione da subire e quindi mortificante.

Recenti ricerche (Labos, 1987) hanno sottolineato alcuni fattori che sembrano in relazione a situazioni di disagio lavorativo, quali: sovraccarico di mansioni, ambiguità di ruolo, inadeguatezza legata allo squilibrio tra competenze e prestazione, limitata partecipazione a funzioni decisionali, carenze del gruppo di lavoro, mancanza di chiarezza (ambiguità) su responsabilità, diritti, obiettivi, metodi, condizioni di lavoro, mancanza di strumenti di verifica e di risultati.

#### STRATEGIE DI PREVENZIONE

Così come ci sono ambienti lavorativi stressanti che inducono il burn out, così ci sono condizioni lavorative che lo prevengono. Maslach (1986) ed altri studiosi che si sono occupati della sindrome, indicano la varietà, l'autonomia, la significatività di figure professionali di sostegno e stimolo, che nell'ambiente di lavoro promuovono nell'individuo atteggiamenti ad azione protettiva dal burn out. Bisogna, dunque, non negare il fenomeno, ma prevenire il burn out in modo efficace, sia a livello primario, sia quando già i sintomi di stress sono manifesti, attraverso un'adeguata progettazione e gestione dell'organizzazione del lavoro. Tra le misure adottate o proposte da numerosi studi, si sottolineano modalità di approccio al fenomeno tendenti a sensibilizzare, coinvolgere chi occupa posizioni di dirigenza o comunque di leadership, che disponga di autorità adeguata e sufficiente a promuovere una continua revisione e modificazione del lavoro.

E' di fondamentale importanza assicurare la possibilità di un accertamento

costante dello stato di soddisfazione degli operatori, utilizzando degli indicatori dello stress, individuando e mantenendo sotto controllo le situazioni di rischio, avendo la consapevolezza del rischio di burn out e prendendo coscienza della possibilità di fronteggiarlo, intervenendo, se occorre, anche sull'organizzazione del lavoro, ruoli, carichi di lavoro e sviluppi di carriera. In assenza di un simile atteggiamento dinamico, non è pensabile fronteggiare stati di insoddisfazione e veri e propri burn-out. Sembra, a questo punto, emergere l'importanza del gruppo come forza che produce, genera soluzioni come atti creativi, reso autonomo da una leadership pronta a riesaminare ruoli ed obiettivi, affinché non prevalgano posizioni depressive, che si manifestano con atteggiamenti di apatia, dipendenza o con atteggiamenti di chiusura, come reazione ad un sentimento di rabbia che rimane inespressa o spostata su falsi obiettivi, generando liti, polemiche e atteggiamenti di sfida, che sembrano mirati a risolvere un problema, mentre spesso lo negano o lo confondono.

#### Autore

Cristiana Rosi AFD - Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini - ROMA

## bibliografia

CHERNISS, 1983, *La sindrome del burn out*, Centro Scientifico Torinese - Torino.

GRASSO, 1985, *Soddisfazione, insoddisfazione e problemi di cortocircuito*, Human Relations-41-351/370.

LABOS, 1987, *La fatica del lavoro sociale. Criteri organizzativi per i servizi alle persone*, Roma - TER.

MASLACH, 1982, *Burnout: the cost of caring*, Englewood Cliffs, New Jersey.

MASLACH e JACKSON, 1986, *Maslach burnout inventory*, Consulting Psychologist Press - Inc - Palo Alto - California - CA.

**l'inserto**

**L'UNIONE  
fa la forza**

**2003**



---

Successo bis per la 2<sup>a</sup> Conferenza Internazionale del Sapere Infermieristico

## L'unione fa la forza

Gli infermieri studiano l'innovazione dei sistemi sanitari, due giorni intensi di confronto con i colleghi di altri paesi tra lo scambio di esperienze e il piacere di stare insieme

---

**L**a promozione della salute meglio di qualsiasi farmaco. E' anzi l'unico modo per arginare un fenomeno preoccupante come l'aumento delle patologie croniche correlato all'invecchiamento della popolazione nei Paesi occidentali.

L'indicazione emersa dalla seconda "Conferenza Internazionale del Sapere Infermieristico", realizzata nella capitale presso l'Hotel Jolly Midas il 24 e 25

giugno scorsi dal Collegio IPASVI di Roma in collaborazione con Global Nursing Scholarship, è univoca e precisa: investire di più sulla prevenzione, sull'educazione sanitaria e la promozione di stili di vita sani, con gli infermieri necessariamente impegnati in un ruolo di primo piano.

Oltre 400 colleghi provenienti da ogni parte d'Italia e da Usa, Canada,



L'inaugurazione della conferenza. Da sin.: Nuala Kenny, Wayne Hindmarsh, Gennaro Rocco, Dyanne Affonso, Ausilia Pulimeno, M.Grazia Proietti, Linda L. O'Brien-Pallas, Diane Doran.

Svizzera, Israele, Sud-Corea e Finlandia si sono confrontati per due giorni sul tema *"Il contributo dell'infermieristica nell'innovazione dei sistemi sanitari"*, condividendo la necessità di elaborare un piano strategico comune con l'obiettivo di globalizzare quanto più possibile la risposta ad un problema planetario come quello dell'invecchiamento della popolazione e delle patologie ad esso correlate.

Attraverso una serie di relazioni, esperienze cliniche e ricerche scientifico-demografiche, la Conferenza di Roma ha focalizzato i problemi e le necessità sul tappeto. A cominciare dalle stringenti esigenze che vanno evidenziandosi nel comparto sanitario italiano, dove resta critico il dato sulla carenza infermieristica e insufficiente il rapporto medici/infermieri. Il tutto a fronte di un aumento sostanzioso e costante delle patologie croniche che necessitano di professionisti dell'assistenza adeguatamente preparati alla nuova sfida globale del terzo millennio rappresentata dalla crescita della popolazione anziana.

Necessità che fa il paio con risorse

economiche adeguate alle nuove esigenze, da destinare al potenziamento delle politiche di promozione della salute, le sole in grado di prevenire l'insorgenza delle patologie croniche e migliorare le condizioni di vita. Un discorso, questo, che gioco forza si sviluppa sul piano internazionale, come peraltro dimostra l'evoluzione di epidemie importanti come quella dell'Aids o, più recentemente, l'allarme Sars.

Dai lavori della "Conferenza Internazionale sul Sapere Infermieristico", che per la seconda volta si è tenuta a Roma, è emersa con chiarezza anche la necessità di assicurare all'intera popolazione un livello di assistenza e di educazione sufficiente a ridurre il rischio malattia, stante il principio secondo cui tutti i cittadini hanno diritto alla medesima assistenza, al di là delle rispettive capacità economiche. L'incontestabile evidenza che le fasce meno abbienti abbiano oggi un'aspettativa di vita nettamente inferiore rispetto a quelle più agiate comporta in sé il rischio elevato di vanificare ogni sforzo in tale direzione.



Tavola rotonda "Assistenza Gerontologica a lungo termine". Da sin.: F. Franchi, N. Barbato, M. Petrangeli, D. Forbes, I. Caponi, P. Hawanik.



*Tavola rotonda "Qualità dell'assistenza e sicurezza del paziente". Da sin.: M. Galizio, M.L. Stuckey, B. Simpson.*

Attraverso lo scambio diretto di esperienze, le due giornate di studio hanno consentito di stimolare la collaborazione tra gli infermieri di Paesi diversi che operano in sistemi sanitari avanzati, di ricercare un approccio comune allo studio di problemi mondiali della salute, suggerendo modelli univoci per migliorare l'efficacia delle prestazioni sanitarie in senso lato e di quelle assistenziali in particolare.

I lavori, articolati in tre sessioni plenarie e otto parallele, hanno affrontato questioni di grande interesse infermieristico: le decisioni correlate alla riforma dell'assistenza sanitaria; la qualità dell'assistenza e la pratica basata sull'evidenza scientifica; le scoperte sulla sicurezza del paziente. Sono stati presentati lavori di alto livello scientifico, svolti nei campi della ricerca, della pratica e dell'educazione, concentrati in particolare sui problemi sanitari d'interesse mondiale, come la riforma e la ristrutturazione dell'assistenza sanitaria, la qualità dell'assistenza e le innovazioni in campo assistenziale.

Non solo un'occasione qualificata per osservare da vicino sistemi assistenziali



*I partecipanti alla conferenza.*

diversi, dunque, ma anche per misurare su scala mondiale la crescita della professione infermieristica italiana, facendolo peraltro a Roma, divenuta ormai un punto di riferimento importante per i colleghi europei e non solo per questi.

Dimostrando una volta di più il loro alto senso di responsabilità civile e sociale, gli infermieri hanno rinnovato il proprio impegno a lavorare utilizzando modelli comuni di informazione ed educazione sanitaria per esaltare il momento della prevenzione rispetto a quello, pur importante, della cura.

Piena soddisfazione, dunque, per chi ha voluto, creduto e concretizzato la Conferenza internazionale, con il Collegio che ha profuso grandi energie nell'organizzare l'evento, ripagato ampiamente dal giudizio espresso dagli stessi partecipanti e dall'interesse riscontrato fra i media. Eco alla quale ha certamente contribuito il messaggio di buon lavoro inviato dal Capo dello Stato.

Il viatico migliore per volgere il pensiero alla prossima Conferenza Internazionale del Sapere Infermieristico.



Tavola rotonda "Assistenza infermieristica in area critica".  
Da sin.: A. Stievano, R. Marchetti, M. Vahabi.



I partecipanti alla conferenza.



Partecipanti alla conferenza.

## UNA STRETTA DI MANO PIENA DI CONTENUTI

La Conferenza ha fatto poker, cogliendo in pieno i suoi quattro obiettivi primari: quelli dei contenuti scientifici, dello scambio di esperienze concrete, del gradimento dei partecipanti, dell'immagine della professione trasmessa al grande pubblico attraverso l'intervento dei media.

La due giorni di Roma, con le sue 50 relazioni e gli 11 spazi dedicati alla discussione, ha rappresentato la prima vera occasione per un confronto internazionale tra i Paesi a sanità più avanzata sul complesso problema di come innovare i sistemi sanitari e renderli più rispondenti ai bisogni dei cittadini.

Il tema della Conferenza ha offerto un ampio scenario con il quale misurarsi in chiave attuale e futura. I lavori presentati attraverso tre sessioni plenarie e otto parallele hanno scandagliato aspetti diversi di questioni al centro dell'interesse infermieristico: le decisioni correlate alla riforma dell'assistenza sa-



Tavola rotonda "Innovazioni nella formazione infermieristica". Da sin.: M. De Marinis, L. Sasso, L. Fabriani.

nitaria; la qualità dell'assistenza e la pratica basata sull'evidenza scientifica; le conoscenze sulla sicurezza del paziente.

Sono stati illustrati lavori di alto livello scientifico, svolti nei campi della ricerca, della pratica e dell'educazione, concentrati in particolare sui problemi sanitari d'interesse mondiale, come la riforma e la ristrutturazione dell'assistenza sanitaria, la qualità dell'assistenza, le innovazioni in campo assistenziale e la carenza delle risorse umane.

Il tutto all'insegna dello sforzo che impegna il Collegio a costruire insieme a colleghi che operano in realtà sanitarie diverse una visione comune del sapere infermieristico, un modello che sappia oltrepassare i confini nazionali e parlare al cuore della professione, ovunque essa venga esercitata.

L'idea che ha ispirato la Conferenza è quella che stimolare la collaborazione tra infermieri di diversi Paesi nello studio dei problemi mondiali di salute migliori globalmente l'assistenza infermieristica. Un'idea che ha trovato adesioni convinte



Tavola rotonda "La pratica basata sull'evidenza scientifica". Da sin.: J. Miranda, E. Hodnett, L. Rasero.



Partecipanti alla conferenza.

ed entusiaste fra i tantissimi colleghi che hanno affollato la sede congressuale dell'Hotel Jolly Midas e il nutrito gruppo dei relatori, selezionato in base ad esperienze specifiche significative in campo mondiale, che ha saputo assicurare un prezioso contributo ai lavori. Inoltre, la possibilità di scegliere tra numerose sessioni scientifico-culturali ha consentito ai più di soddisfare meglio le proprie esigenze formative individuali.

### IL SALUTO DI CIAMPI

La presenza di tante autorità ai lavori della "II Conferenza del Sapere Infermieristico" ha confermato un interesse crescente della politica e delle istituzioni verso il ruolo centrale dell'assistenza. E dei suoi protagonisti: gli infermieri.

Anche il Presidente della Repubblica Ciampi, non potendo intervenire personalmente, non ha voluto far mancare il suo saluto e l'augurio di buon lavoro, confermando una volta di più l'attenzione che il Capo dello Stato riserva ai temi di natura sociale.

Ecco la missiva trasmessa dal Capo del Cerimoniale del Quirinale alla vigilia dell'appuntamento.

*(segue riproduzione lettera Quirinale)*

### L'ORGOGGIO DI ROMA

Dopo il successo della "I Conferenza Internazionale del Sapere Infermieristico", il secondo appuntamento di Roma era divenuto un impegno a cui non ci si poteva sottrarre. E come nella precedente edizione, la grande partecipazione svela il ruolo centrale che gli infermieri intendono assumere nei processi di innovazione dei sistemi sanitari più avanzati.

L'organizzazione del primo evento ha comportato uno sforzo notevolissimo per il Collegio, ampiamente ripagato però dall'eccezionale numero di colleghi presenti e dalla qualità dei contenuti. E supportato dalla richiesta esplicita dei partecipanti di allestire al più presto il secondo incontro. Così è stato, con i lavori della "II Conferenza Internazionale del Sapere Infermieristico". E



Da sin.: Suor B. Cipolloni e M. Napolano.



*La sede della conferenza.*

ancora una volta Il Collegio ha risposto con entusiasmo, come sempre quando è in gioco lo sviluppo della professione infermieristica al di là di ogni confine nazionale.

Un sforzo premiato dalla consapevolezza che Roma è ormai divenuta un punto di riferimento per i colleghi di molti altri Paesi, un luogo in cui incontrarsi, scambiarsi informazioni ed esperienze sui temi più stringenti della salute e dell'assistenza. Con la due-giorni del giugno scorso, Roma si è definitivamente qualificata come cardine di un confronto internazionale utile a costituire una visione comune del sapere infermieristico.

Ci auguriamo che l'impegno profuso dal Collegio in questo campo abbia contribuito ad accrescere la considerazione degli infermieri italiani in Europa e nel mondo. Senza contare che un confronto internazionale di tale livello, opportunamente integrato con l'esperienza quotidiana, può rappresentare un aiuto decisivo per definire il modello più calzante e funzionale al nostro sistema sanitario.

## IL GRADIMENTO

Al termine dei lavori, i partecipanti hanno compilato un questionario che ha messo a fuoco il livello di gradimento.

Eccone i risultati.

## RILEVANZA

NON RILEVANTE = 0  
POCO RILEVANTE = 3  
ABBASTANZA RILEVANTE = 44  
RILEVANTE = 129  
MOLTO RILEVANTE = 74

## QUALITA'

SCARSA = 0  
MEDIOCRE = 1  
SODDISFACENTE = 22  
BUONA = 144  
ECCELLENTE = 83

## EFFICACIA

INEFFICACE = 2  
PARZIALMENTE EFFICACE = 4  
ABBASTANZA EFFICACE = 73



Tavola rotonda "Qualità dell'assistenza infermieristica": L. Jeffs, R. Stremeler, H. Spence Laschinger, P. Pletsch, R. Keating Lefler, D. Davidson Dick.

EFFICACE = 113  
MOLTO EFFICACE = 58

#### SUGGERIMENTI

MIGLIORARE LA TRADUZIONE = 2  
ALLARGAMENTO AD ALTRE NAZIONI = 2  
PIU' SPAZIO AL DIBATTITO = 1  
SVILUPP. L'INFERMIERE DI FAMIGLIA = 3  
SVILUPPARE L'ASPETTO UMANO = 6  
SVILUPPARE I CORSI FUORI ASL = 5  
SVILUPPARE LA MEDICINA LEGALE = 4  
EVITARE LE SESSIONI PARALLELE = 2

### I PARTECIPANTI

#### PROFESSIONE

INFERMIERI PROFESSIONALI = 246  
INFERMIERI PEDIATRICI = 10  
ASSISTENTI SANITARIE = 11

#### PROVENIENZA PER PROVINCIA

ROMA = 87  
NAPOLI = 9  
LECCE = 9  
FIRENZE = 9  
PISA = 7  
TORINO = 7  
REGGIO CALABRIA = 7  
LATINA = 6  
PERUGIA = 5  
MILANO = 4  
RIETI = 4  
AVELLINO = 4  
L'AQUILA = 4  
VITERBO = 3  
ROVIGO = 3  
POTENZA = 3  
BARI = 3  
CAMPOBASSO = 3

TRAPANI = 3  
CHIETI = 3  
COSENZA = 3  
UDINE = 3  
CAGLIARI = 3  
CATANIA = 3  
VARESE = 3  
PALERMO = 3  
FOGGIA = 3  
FROSINONE = 2  
GENOVA = 2  
TREVISO = 2  
BRINDISI = 2  
SALERNO = 2  
PISTOIA = 2  
MATERA = 2  
NOVARA = 2  
BOLOGNA = 2  
SIRACUSA = 2  
FERRARA = 2  
SASSARI = 2  
BERGAMO = 2  
ASCOLI PICENO = 2  
GROSSETO = 2  
CREMONA = 1  
BOLZANO = 1  
TRIESTE = 1  
CATANZARO = 1  
TERNI = 1  
RAVENNA = 1  
ANCONA = 1  
PESARO = 1  
MODENA = 1  
PARMA = 1  
AGRIGENTO = 1  
ALESSANDRIA = 1  
VENEZIA = 1  
AOSTA = 1  
LIVORNO = 1  
ENNA = 1  
ORISTANO = 1  
CASERTA = 1  
MACERATA = 1  
BELLUNO = 1  
BRESCIA = 1  
VICENZA = 1

# Relazione Congressuale

1° Corso di formazione per infermieri, attualità e prospettive delle vaccinazioni - Aspetti organizzativi dei Centri vaccinali

di Silvia Stivani e Emanuela Millevolte

## ABSTRACT

I servizi vaccinali rappresentano la massima espressione di prestazione sanitaria nell'ambito della promozione e tutela della salute della popolazione infantile. Nei processi di organizzazione sanitaria i servizi vaccinali sono chiamati a raggiungere i migliori livelli di performance possibili in tutte e tre le fasi operative: Management, Organizzazione, erogazione.



Il Servizio Infermieristico del 1° Distretto ASL RM D, di giovane istituzione, nell'arco del secondo semestre 2002 ha voluto verificare quali fossero i livelli qualitativi dei servizi erogati secondo i requisiti richiesti per un eventuale accreditamento degli stessi. Alcuni referenti aziendali negli ultimi due anni hanno lavorato alacremente al fine di apportare sostanziali miglioramenti alla suddetta attività preventiva. Dopo attenta riflessione come Responsabili Infermieristici abbiamo ritenuto indispensabile partecipare a questo progetto. Infatti la nostra specificità assistenziale è traducibile con il mandato del "civil servants" e a tal fine abbiamo progettato e realizzato la creazione di aree gioco per i bambini dei nostri centri vaccinali. Inoltre per rafforzare il rapporto di fiducia e il senso di appartenenza da parte della comunità nei confronti del Servizio Pubblico abbiamo individuato alcune date nell'arco dell'anno in cui simbolicamente gli operatori aziendali regalano un piccolo ricordo (gioco, caramelle) a tutti i bimbi vaccinati. Inoltre nella logica del miglioramento continuo Q e, nel rispetto del ruolo etico di educatori alla salute abbiamo l'ambizioso sogno di realizzare un progetto in collaborazione con enti no-profit. L'obiettivo è quello d'incrementare il livello di solidarietà da parte della popolazione afferente al Distretto nei confronti di raccolta fondi per la promozione di campagne vaccinali in paesi in via di sviluppo.

## I REQUISITI PER L'ORGANIZZAZIONE DI UN SERVIZIO VACCINAZIONI

Quando siamo state chiamate a realizzare una relazione per il 1° corso di formazione infermieristica trattante l'argomento relativo all'attualità e alle prospettive dei servizi vaccinali, promosso dall'Università Tor Vergata in collaborazione con il C.I.F.A.P.S. abbiamo ritenuto fondamentale ricercare e analizzare le progettualità esistenti nell'intero sistema vaccinale aziendale dove prestiamo servizio.

Il Servizio Infermieristico presso l'Asl RM D ha visto realizzare l'istituzione dei primi Uffici Infermieristici Distrettuali nel secondo semestre 2001. Infatti la nostra presenza, come Infermiere Dirigente di distretto e Capo Sala di più servizi risale a quella data. Sin dall'inizio abbiamo ritenuto opportuno analizzare il tipo di territorio in cui ci trovavamo ad operare. A fronte di una superficie molto vasta come è quella del Comune di Fiumicino la popolazione infantile vede acquistare di anno in anno un ruolo sempre più importante nella piramide relativa alle fasce d'età.

I servizi vaccinali presso il nostro distretto sono tre. Un servizio è sito nella città di Fiumicino e due nella zona nord del Comune. Infatti i confini del distretto sono molto vasti e raggiungono le zone del Lago di Bracciano e il Comune di Ladispoli. Le sedute vaccinali nell'arco della settimana hanno subito un sensibile incremento nell'arco dell'ultimo semestre al fine di garantire a tutti gli utenti il rispetto del calendario vaccinale. Gli operatori che prestano servizio sono individuabili in pediatri dipendenti e con contratto a tempo determinato, infermieri ed ass. sanitarie dipendenti. Per la verità ci siamo rese conto che negli ultimi due anni il distretto ha subito un alto tasso di turn over del personale sanitario medico ed infermieristico. Questo aspetto ha determinato un non sempre chiaro passaggio di consegne tra operatore ed operatore. Di fatto nel momento in cui abbiamo cercato di verificare i livelli di conoscenza di eventuali processi di miglioramento in termini di certificazione o di

accreditamento dei servizi, la risposta da parte degli operatori è stata la più eterogenea possibile. Abbiamo quindi ritenuto che fosse nostro compito raccogliere l'imput trasmessoci dalla vision della nostra azienda che intende "...essere un'organizzazione per la promozione e la tutela della salute.... valorizzando le professionalità dei propri dipendenti."

Dopo vari contatti con il responsabile della qualità a livello aziendale ed la referente aziendale dei Servizi vaccinali ci siamo rese conto che negli ultimi due anni erano stati apportati sostanziali miglioramenti. Infatti costantemente vi è un attento confronto con i requisiti richiesti dal manuale di accreditamento specifico dei servizi presi in esame. Il sistema informatizzato per la gestione delle schede vaccinali collegato ai dati anagrafici circoscrizionali e comunali è stato sicuramente il passo qualitativo di maggior rilievo ma non l'unico infatti anche la formazione specifica all'argomento è stata attenta e approfondita.

Ci siamo quindi chieste quale potesse essere il nostro contributo al fine di aumentare la presenza di requisiti per ridurre il gap che ci separa da un eventuale accreditamento. L'aspetto del comfort assistenziale del bambino ci è sembrato prioritario. Facendo riferimento alla letteratura bibliografica dedicata ai criteri per l'accreditamento abbiamo individuato necessari:

- istituzione per ogni singolo servizio di una "zona d'attesa ludica". (tavolo, sedie, materiale ludico)
- presenza di materiale per la prima infanzia (fasciatolo- scaldabiberon).

Inoltre è accresciuta in noi la necessità di applicare in maniera efficiente il concetto di counselling vaccinale di cui si sente parlare tanto negli ultimi anni. Riteniamo infatti che tale processo sia indispensabile per qualificare il rapporto di fiducia che si instaura tra utenza ed equipe vaccinale. Allo stesso modo crediamo che la vera qualità del servizio pubblico dipenda anche dal senso di appartenenza che la popolazione ha nei confronti del servizio pubblico una volta percepita la competenza clinica degli operatori. Abbiamo pensato che fosse

possibile regalare ai bambini un piccolo dono nella data dell'inaugurazione degli "spazi bimbi". Il risultato del progetto in parte ci ha appagate ed in parte stupite. Infatti l'apprezzamento espresso è risultato maggiore nei genitori rispetto a quello dei propri figli.

Abbiamo deciso di individuare alcune date nell'arco dell'anno in cui simbolicamente gli operatori distrettuali rafforzano il rapporto di fiducia e il senso di appartenenza regalando ai bambini dolci e affini.

Inoltre negli ultimi tempi come gruppo infermieristico abbiamo riflettuto ripetutamente sul ruolo etico della nostra figura professionale nell'ambito delle attività dei servizi vaccinali. Ci siamo chieste come fosse possibile essere promotori di un progetto di prevenzione, che secondo i criteri dell'OMS deve coprire trasversalmente la popolazione infantile globale? Riteniamo che i servizi vaccinali possono essere il luogo più idoneo ad incrementare la sensibilità della popolazione nei confronti di progetti atti a promuovere campagne vaccinali in paesi terzi.

La presa di coscienza da parte degli utenti relativa all'indispensabilità di promuovere la salute per il bene dell'intera comunità rimane a nostro avviso l'obiettivo educativo prioritario. Stiamo quindi studiando la possibilità di sviluppare un progetto che vede come attori il Comitato zonale della Croce Rossa Italiana. La Proloco del Comune, ONG ed operatori ASL.

Il progetto in atto è sicuramente frutto dell'entusiasmo di alcuni operatori ma riteniamo che il successo sia dipeso anche dallo spirito di collaborazione esistente a livello della leadership distrettuale che nel rispetto dei ruoli ha permesso una reale valorizzazione della professionalità, in questo caso infermieristica.

Per concludere intendiamo sottolineare che questa esperienza d'incontro con tanti colleghi che prestano servizio presso i servizi vaccinali delle aziende d'appartenenza è risultata particolarmente stimolante. Infatti come coordinatrici del gruppo di lavoro nella seduta

pomeridiana ci siamo rese conto della forte esigenza di confronto esistente tra gli operatori dedicati a questo servizio di prevenzione. Allo stesso tempo ci siamo rese conto che il livello di organizzazione dei servizi vaccinali delle aziende della nostra regione è particolarmente eterogeneo. Il coinvolgimento dimostrato dai colleghi ci ha testimoniato la necessità che eventi analoghi si ripetano nel futuro poiché anche in materia di "vaccinazioni" i professionisti infermieri hanno le idee chiare e possono contribuire attivamente e da protagonisti al miglioramento dei servizi vaccinali.

## AUTORI

*D.A.I. Silvia Stivani Infermiere Dirigente 1° Distretto ASL RM D.*

*Capo Sala Emanuela Millevolte Resp. Inferm. Presidi Nord 1° Distretto ASL RM D.*

## bibliografia

La qualità dell'atto vaccinale. APEC

Manuale di accreditamento dei servizi vaccinazione delle Regioni Abruzzo e Molise

La pianificazione strategica e il modello di gestione dell'ASL M.T.Loiodice

Il counselling: uno strumento operativo per una comunicazione efficace B.De Mei, A.A. Luzi

## Assistenza infermieristica in pronto soccorso al paziente pediatrico affetto da trauma cranico, ustione o avvelenamento

di Silvia Ferrante

**L'**argomento della ricerca infermieristica che ho deciso di affrontare per la stesura della mia tesi è *l'assistenza infermieristica in Pronto Soccorso al paziente pediatrico affetto da trauma cranico, ustione o avvelenamento*. Ho scelto il tema dell'emergenza pediatrica perché credo che gran parte delle patologie pediatriche dovute a cause accidentali possano essere drasticamente diminuite attraverso adeguati interventi di prevenzione e di educazione sanitaria. I componenti della mia ricerca sono stati riassunti nella tabella n. 1.

La tipologia di ricerca scelta è di *I tipo (descrittiva)* e, dopo la formulazione dei problemi e degli *obiettivi della ricerca*, sono state scritte le *ipotesi della ricerca* sotto elencate:

1. La ricerca si propone di dimostrare che all'interno del D.E.A. dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma gli infermieri professionali utilizzano gli strumenti della professione infermieristica (cartella infermieristica, protocolli, procedure).

2. La ricerca si propone di dimostrare che all'interno del D.E.A. dell'ospedale pediatrico Santobono Pausillipon di Napoli gli infermieri professionali utilizza-

**Tabella n. 1: COMPONENTI DELLA RICERCA**

**Oggetto:** gli infermieri professionali operanti nei D.E.A. delle strutture:

- Bambino Gesù
- Santobono Pausillipon
- Anna Meyer

**Soggetto:** la studentessa Silvia Ferrante, iscritta al terzo anno della Laurea di I livello per infermiere generale e pediatrico all'Università "La Sapienza" di Roma con sede l'Azienda Ospedaliera San Giovanni/Addolorata.

**Committente:** il coordinatore didattico della laurea di I livello in infermiere generale e pediatrico della sede San Giovanni/Addolorata D.A.I. Aldo Faia.

**Target:** gli infermieri professionali.

no gli strumenti della professione infermieristica (cartella infermieristica, protocolli, procedure).

3. La ricerca si propone di dimostrare che all'interno del D.E.A. dell'ospedale pediatrico Anna Meyer di Firenze gli infermieri professionali utilizzano gli strumenti della professione infermieristica (cartella infermieristica, protocolli, procedure).

4. La ricerca si propone di dimostrare che le assistenze infermieristiche al trauma cranico, all'ustione ed all'avvelenamento fornite all'interno del D.E.A. dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma rispettano la bibliografia ed i protocolli a riguardo.

5. La ricerca si propone di dimostrare che le assistenze infermieristiche al trauma cranico, all'ustione ed all'avvelenamento fornite all'interno del D.E.A. dell'ospedale pediatrico Santobono Pausillipon di Napoli rispettano la bibliografia ed i protocolli a riguardo.

6. La ricerca si propone di dimostrare che le assistenze infermieristiche al trauma cranico, all'ustione ed all'avvelenamento fornite all'interno del D.E.A. dell'ospedale pediatrico Anna Meyer di Firenze rispettano la bibliografia ed i protocolli esistenti a riguardo.

Come strumento di rilevazione dati è stato elaborato un *questionario anonimo* (vedi Allegato n.1) da somministrare al campione scelto per lo studio (*campione per testimoni privilegiati o stratificato*).

La *raccolta dati* è stata attuata attraverso lo svolgimento di 220 ore di tirocinio nelle tre strutture. Per assicurare la riuscita dello studio i questionari sono stati consegnati a mano per ogni singolo operatore e ad ogni consegna lo studio è stato illustrato attraverso un foglio di presentazione ed una spiegazione orale. I risultati della raccolta dati sono illustrati nella Tabella n. 2.

**Tabella n. 2**

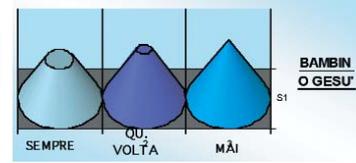
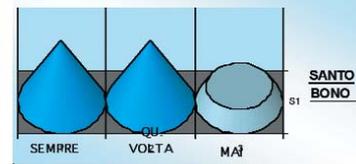
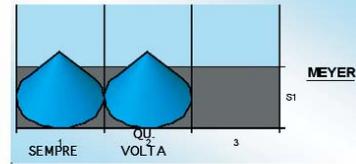
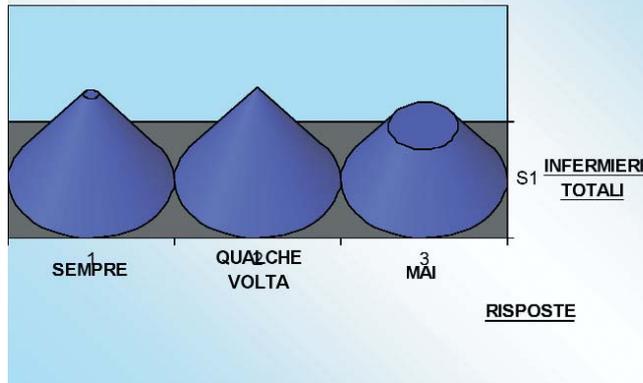
<i>Città</i>	<i>Struttura</i>	<i>Campione</i>	<i>Questionari</i>	<i>Questionari</i>
• ROMA	Bambino Gsù	31 infermieri	31	<b>15</b>
• NAPOLI	Santobono Pausillipon	30 infermieri	30	<b>9</b>
• FIRENZE	Anna Meyer	25 infermieri	25	<b>6</b>
<b>TOTALE</b>		<b>86</b>	<b>86</b>	<b>30</b>

L'elaborazione dei dati è stata attuata attraverso la costruzione e l'utilizzo di una griglia excel e l'interpretazione dei dati è stata svolta con la creazione di numerosi grafici.

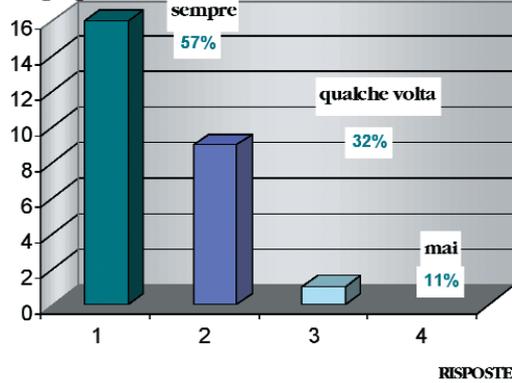
Tutte le ipotesi della ricerca sono state confermate dai risultati rilevati, anche se ritengo opportuno mettere in evidenza che (come si può dedurre dalla tabella n. 2) gran parte degli infermieri sottoposti allo studio non hanno colla-

borato al mio lavoro, condizionando negativamente non solo la riuscita della mia ricerca, ma anche il miglioramento che ne poteva derivare. Dal *Grafico n. 1* infatti, riferito all'uso più o meno frequente degli strumenti procedurali d'integrazione, si possono vedere confermate le prime tre ipotesi, notando che gli infermieri del campione usano, anche se non sempre, sia protocolli che procedure.

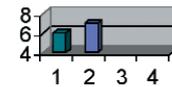
**Grafico n. 1 PRIMA DI ATTUARE UNA PROCEDURA CONTROLLI, SE NE HAI A DISPOSIZIONE, I PROTOCOLLI A RIGUARDO?**



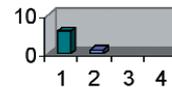
**Grafico n. 2: Frequenza della rilevazione dei P.V. in P.S. al pz. pediatrico affetto da trauma cranico**



**D.E.A. Bambino Gesù**



**D.E.A. Santobono Pausillipon**



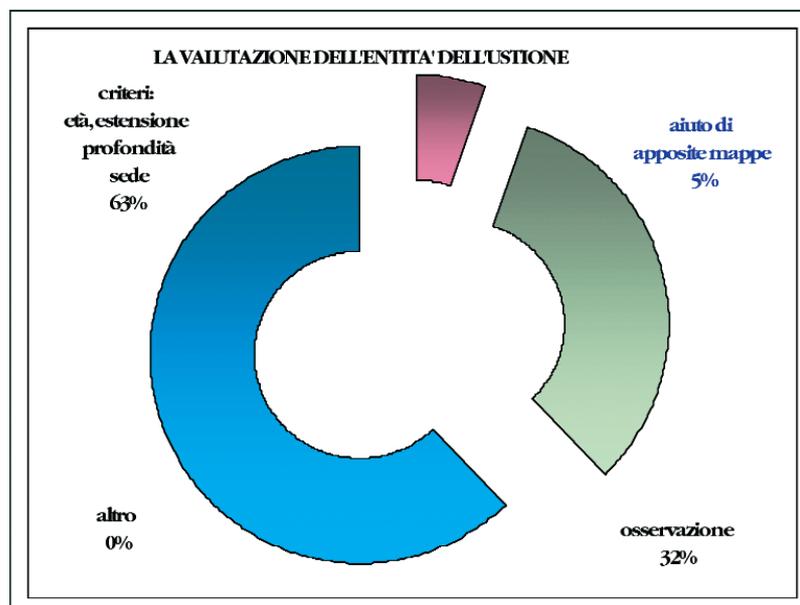
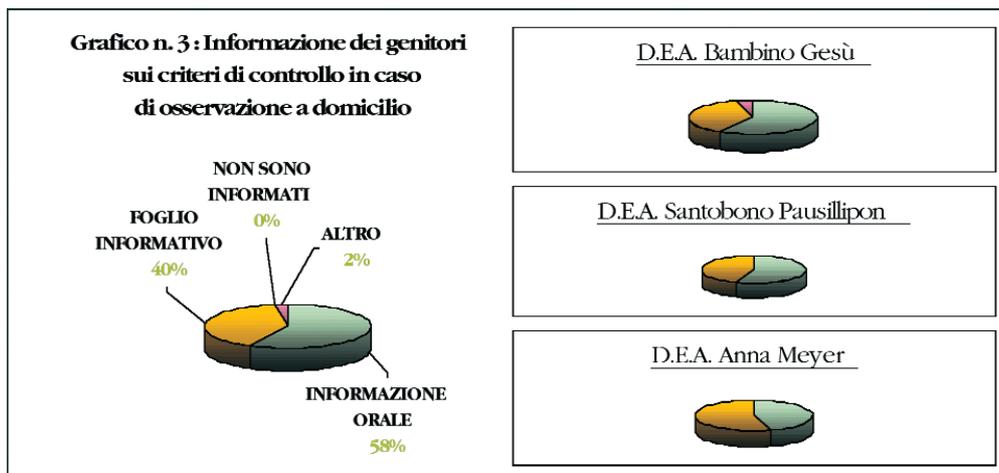
**D.E.A. Anna Meyer**



Per quanto riguarda il **trauma cranico** ho scelto due grafici riguardanti il 1° la rilevazione dei parametri vitali ed il 2° l'informazione dei genitori del paziente in caso di osservazione a domicilio. Fortunatamente il *Grafico n. 2* conferma che il 52% del campione attua sempre la rilevazione dei parametri vitali, anche se, al contrario, ben l'11% non si impegna mai in questo importantissimo intervento. Nel *Grafico n. 3* è stato dimostrato

che il 58% degli infermieri informa oralmente i genitori, mentre fortunatamente il 40% del campione si serve di un foglio informativo per preparare nel modo migliore i genitori ad ogni complicanza.

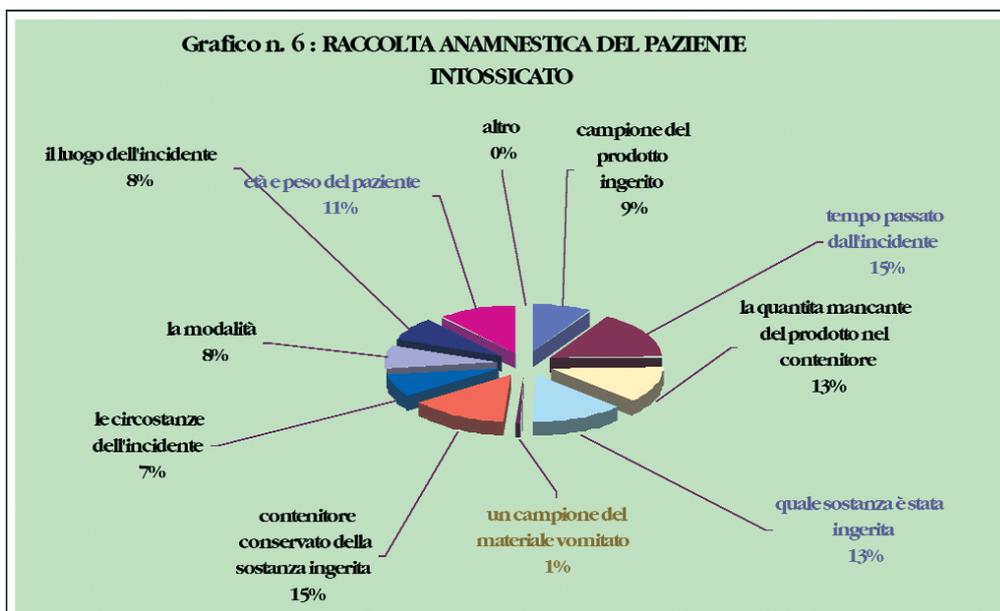
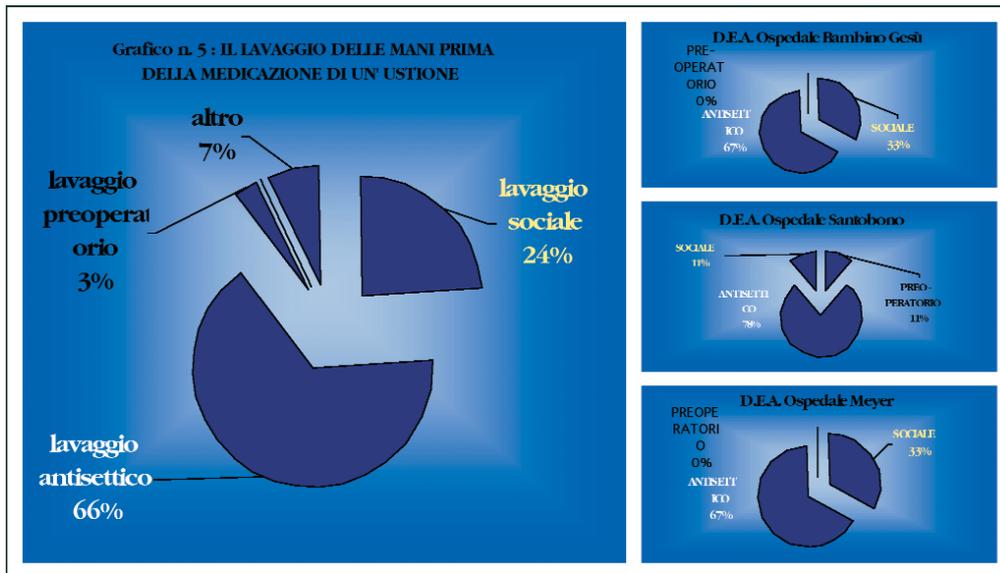
Per quanto riguarda l'**ustione** ho scelto due grafici riguardanti il 1° la valutazione dell'entità dell'ustione ed il 2° il lavaggio delle mani prima della medicazione di un ustione. La valutazione dell'entità dell'ustione si è manifestata più



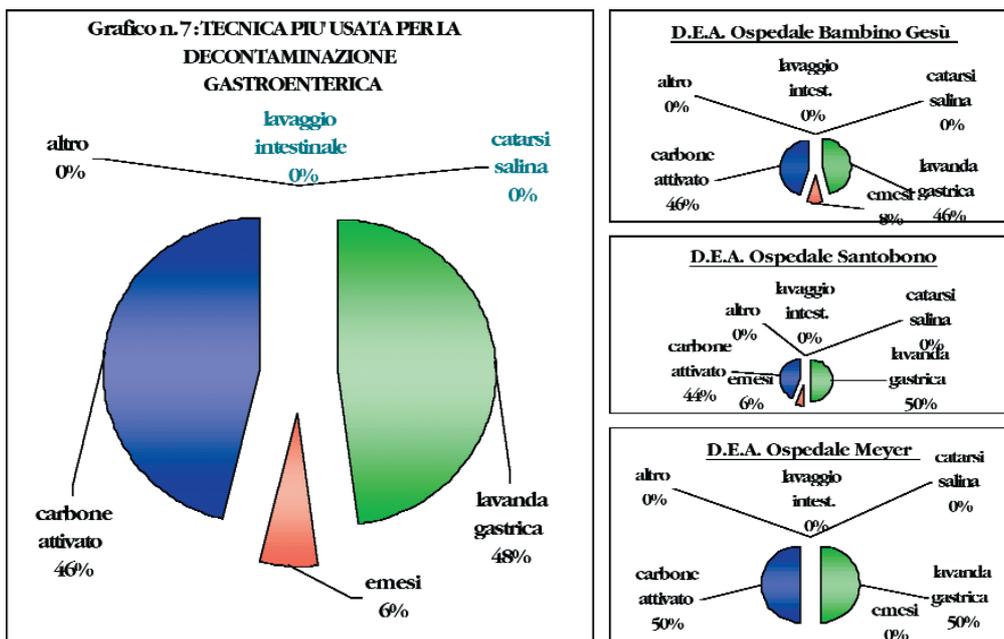
scandita dai criteri di età, estensione, profondità e sede (63% sul totale) invece che dall'uso di apposite mappe (5% del totale). Il *Grafico n. 5* invece dimostra che il lavaggio delle mani più attuato prima della medicazione di ustione è fortunatamente il lavaggio antisettico (66% totale) e, pur non essendo la pratica corretta, il lavaggio sociale (24% totale).

Per quanto riguarda l'**avvelenamento** ho scelto due grafici riguardanti il 1° l'anamnesi accurata che va praticata al-

l'arrivo del paziente in P.S.P. ed il 2° le pratiche più usate per la decontaminazione gastroenterica. Dal *Grafico n. 6* si può evincere che tutto il campione studiato è a conoscenza del tipo di domande che bisogna fare durante questa procedura. Inaspettata era infatti la giustamente alta percentuale di voti che ha ricevuto la voce "età e peso del paziente" (11% totale) e della richiesta del contenitore del materiale ingerito (15%). Il *Grafico n. 7* mostra che la lavanda gastri-



ca risulta essere in assoluto la tecnica più usata (48% totale), subito seguita dalla somministrazione del carbone attivato (46% totale). Fortunatamente tecniche come la catarsi salina o il lavaggio intestinale non vengono mai praticate (0%).



**Autore**

Silvia Ferrante, infermiera professionale laureata in infermiere generale e pediatrico durante la sessione autunnale dell'anno accademico 2001/2003 nella sede dell'Azienda Ospedaliera S. Giovanni/Ad-dolorata di Roma.

**in pillole**

**SMA, un test per i portatori sani**  
 L'atrofia muscolare spinale (SMA), nelle sue tre forme, ha un'incidenza complessiva alla nascita di 1:10.000 nati vivi e una frequenza negli eterozigoti di 1:50 circa (portatori sani). La SMA viene ereditata in maniera autosomica recessiva (da due genitori portatori sani ad un quarto dei figli, indipendentemente dal sesso). Il gene responsabile di questa grave patologia, SMN1, è stato individuato ed isolato dalla regione cromosomica 5q13 nel 1995. La caratterizzazione del difetto molecolare alla base della SMA ha reso disponibili protocolli affidabili sia per la diagnosi prenatale, che per la conferma molecolare della diagnosi clinica nel periodo post-natale, ma nessuno di questi tests si è dimostrato efficace nell'individuazione degli eterozigoti (portatori sa-

ni). Un gruppo di ricercatori italiani, dell'Università di Roma Tor Vergata, coordinato da Giuseppe Novelli, ha messo a punto e brevettato un nuovo metodo di laboratorio che consente di identificare i portatori sani di SMA. Il metodo è stato realizzato nell'ambito dei programmi di ricerca finanziati dal CNR attraverso il Progetto Finalizzato Biotecnologie. Tale test si basa sul dosaggio del numero di copie del gene SMN1 rispetto ad un gene di controllo il cui numero di copie è fisso nel genoma umano. La sperimentazione del test su 56 portatori certi e su 20 soggetti normali di controllo ha rivelato una sensibilità del 96,4% e una specificità del 98%. La relativa facilità di esecuzione e il basso costo candidano il metodo messo a punto a Roma ad una prossima applicazione su vasta scala.

**C**'è ancora l'Ecm a turbare il meritato sonno di tanti colleghi. Lo verifico dalle numerose lettere che inviate a questa rubrica sull'argomento. Per lo più lamentano il costo salato dell'Ecm e il suo peso eccessivo sulle tasche degli infermieri.

Sul numero precedente di "Infermiere Oggi" ho risposto lungamente sul significato che gli infermieri attribuiscono all'aggiornamento continuo di conoscenze e competenze e alla motivazione professionale. Ho detto anche che, poche altre professioni hanno finora dimostrato di saper cogliere l'Ecm nella sua vera essenza: la rivalutazione delle proprie capacità. Non mi ripeto, dunque.

Torno invece sul piano pratico, su come risolvere il problema dei costi che oggi gravano sulla nostra professione. E non mi riferisco solo al costo finanziario dei corsi; anche il fattore tempo è determinante. E oneroso.

Insieme alla Federazione, i Collegi stanno premendo a tutti i livelli affinché il programma Ecm sia finanziato con risorse specifiche e perché siano attivati i

Piani formativi aziendali in tutte le strutture di cura.

Sono le Aziende a dover promuovere i corsi, senza costringere il personale a pesanti trasferimenti. E poi i corsi svolti in orario di lavoro, la formazione a distanza. Tutto più funzionale e stimolante. Questa è e continuerà ad essere la nostra richiesta. Insisteremo fino a quando non la spunteremo.

Diverse altre lettere riguardano invece la questione del titolo Afd.

Ne approfitto per chiarire che il titolo Afd non equivale a un Master di 1° livello; nessuna norma di legge ha mai equiparato i due titoli.

L'Afd, tuttavia, conserva il suo pieno valore come titolo per l'aggiornamento e in quanto tale è utile ai fini del riconoscimento dei crediti formativi.

Spetta comunque all'Università valutare crediti formativi riconoscibili e in che misura. Allo scopo occorre farsi rilasciare dalla struttura presso cui si è conseguito l'Afd il piano di studi che dovrà essere sottoposto al vaglio dell'ateneo titolare del Master di 1° livello.

## in pillole

### **Addio occhiali, arriva il gel**

Inizieranno il prossimo anno i test sull'uomo di un nuovo tipo di gel plastico da inserire negli occhi per ridare loro una nuova giovinezza. Il gel è stato sviluppato da Arthur Ho dell'Università australiana del Nuovo Galles del Sud e del Vision Cooperative Research Centre. Il principio su cui si basa il gel è semplice: le lenti naturali dell'occhio (cornea, cristallino e corpo vitreo) tendono a perdere la loro elasticità con il tempo. In un adulto di 40 anni hanno solo un quarto della capacità di adattarsi per mettere a fuoco immagini vicine o lontane di quanto avevano alla nascita. Il professor Ho ha sviluppato un materiale sotto forma di gel plastico con le stesse capacità ottiche del cristallino umano e con capacità biomeccaniche molto simili. Attraverso una piccola incisione nella cornea, il gel può essere inserito dopo che è stato asportato il contenuto naturale. I primi test sulle scimmie hanno dato risultati positivi e molti esperti giudicano la nuova tecnica in grado di rivoluzionare la chirurgia oftalmica.

## La formazione al miglioramento continuo della qualità centrata sul discente infermiere

di Giovanni Caracci, Carmen Mantuano, Simona Ricci e Anna Mariano

### ANALISI DEL CONTESTO

Una formazione che coniughi armonicamente gli aspetti teorici con il nursing clinico può rappresentare una concreta opportunità di crescita per conseguire autonomia professionale, decisionale ed operativa.

Nel corso degli studi, l'Infermiere, per essere in grado di espletare con efficacia le funzioni tecnico-assistenziali e gestionali proprie del profilo professionale, deve raggiungere gli obiettivi teorici, pratici e di tirocinio.

In tale panorama normativo e culturale che profondamente rinnova/innova la formazione di base infermieristica s'inserisce l'esperienza didattica riportata in questo lavoro che, se pur contestualizzata nell'anno accademico 1999-2000 (e pertanto all'interno della Scuola per Infermieri dell'Asl RM C) è in linea con quelle che sono le indicazioni dei percorsi di accreditamento previsti anche per i corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche. Essa si propone pertanto come un esempio di intervento di "reingegnerizzazione" dell'intervento formativo, improntato ai principi di qualità della formazione.

Tale esperienza si è resa possibile grazie sia ad un team work di professionisti composto da un medico, un'infermiera DAI e da una psicologa, impegnati nell'ambito della qualità e della formazione, sia alla disponibilità della Direzione della Scuola.

La didattica è stata impostata secondo una logica di programmazione modulare in linea con una pedagogia attiva, centrata sul discente, basata su quanto suggerito da J.J.Guilbert.

Su questa linea, in fase di pianificazione del corso si è avviata un'analisi funzionale del ruolo professionale dell'infermiere, in accordo con le conoscenze e l'orientamento dei discenti.

Nella sua Guida Pedagogica J.J. Guilbert, precisa che al termine della formazione di base, l'infermiere deve, in quanto membro dell'equipe sanitaria essere in grado di:

- "assicurare la prestazione d'assistenza preventiva e curativa all'individuo e alla collettività nella buona salute o in caso di malattia a qualunque stadio
- programmare e realizzare le attività di un servizio assistenziale tenendo conto dei bisogni identificati
- assicurare l'educazione sanitaria della popolazione
- collaborare con i servizi impegnati nello sviluppo sanitario ed essere un agente di tale sviluppo
- valutare periodicamente le attività programmate per l'unità assistenziale o per un centro sanitario al fine di migliorare il rendimento del personale e la situazione sanitaria della Regione
- tenersi al corrente delle nuove concezioni della professione e di mantenere il proprio livello di competenza in funzione dei problemi da risolvere".

In base agli elementi ricavati dall'analisi effettuata è stato pianificato un percorso didattico che, adeguando i contenuti ai bisogni formativi emersi, tenesse conto delle esigenze dei discenti in quello specifico contesto socio-culturale.

## PROGETTAZIONE DELL'INTERVENTO FORMATIVO

L'organizzazione del corso in fase di progettazione ha previsto la definizione di:

- obiettivi generali e specifici
- moduli formativi con specificazione degli obiettivi
- durata e modalità formative
- criteri adottati per la valutazione
- strumenti per la valutazione

Il percorso formativo, nella sua articolazione, in fase iniziale è stato presentato in aula e vagliato con i discenti. Ciò ha permesso una condivisione degli obiettivi educativi e un'elaborazione comune dei parametri di valutazione. Quest'ultima fase è determinante al fine di elaborare proposte formative orientate ai temi del MCQ dell'Assistenza Sanitaria.

È stata predisposta una valutazione anonima d'apprendimento a tempo zero che ha consentito, oltre che una lettura oggettiva del livello di conoscenze dei discenti sugli argomenti del corso, un adeguamento in itinere dei contenuti.

Al fine di poter pianificare e implementare un sistema di valutazione che potesse evidenziare il livello accettabile di performance da parte del discente sono stati definiti due criteri espliciti di valutazione:

- 1) l'apprendimento dei contenuti
- 2) l'assiduità di frequenza al corso.

L'apprendimento è stato giudicato tramite tre modalità:

- Prova scritta (50% dell'esito finale)
- Prova orale (40% dell'esito finale)
- Numero di ore frequenza (10% dell'esito finale)

Poiché il massimo punteggio ottenibile è 30/30 ne deriva, in funzione del peso attribuito ai due criteri, che la prova scritta e la prova orale hanno un punteggio massimo di 27 (15 punti prova scritta

e 12 punti prova orale) mentre la percentuale delle presenze ha un punteggio massimo di 3 (3 punti numero di presenze).

Lo strumento valutativo utilizzato per la verifica scritta è stato un Questionario d'apprendimento tarato in altre realtà di formazione in ambito Sanitario ed appositamente adattato ad un contesto di formazione di base in un diploma infermieristico. Ad ogni item è stato attribuito, in fase di realizzazione dello strumento un punteggio differenziato secondo il grado di difficoltà. Tale punteggio varia da un minimo di 0.75 ad un massimo di 3. Il computo totale del punteggio ottenuto da ogni discente consente una classificazione in ordine di merito e l'individuazione di un "gruppo forte" rappresentato dal 33% dei più bravi e da un "gruppo debole" rappresentato dal 33% dei meno bravi.

La suddivisione ora esplicitata è indispensabile ai fini di una corretta "analisi degli item": processo finalizzato al miglioramento dello strumento e alla sua taratura se effettuato in fase di somministrazione sperimentale.

Il processo d'analisi degli item è riportato in tabella 1.

### TABELLA 1

#### *Fasi d'analisi di una domanda*

1. calcolo del punteggio di ogni discente
2. classificazione in ordine di merito
3. identificazione dei gruppi: forte e debole
4. calcolo dell'indice di difficoltà di ogni domanda
5. calcolo dell'indice di discriminazione di ogni domanda
6. valutazione critica di ogni domanda che consenta di conservare, rivedere o eliminare una data domanda.

Contestualmente alla prova scritta è stata effettuata una valutazione di gradimento del corso (tabella 2).

Lo strumento utilizzato è stato un questionario anonimo, compilato dai discenti, articolato in quattro aree di rilevazione:

- Valutazione del docente.
- Capacità del corso di incrementare competenze e conoscenze.
- Qualità degli argomenti trattati.
- Suggerimenti e critiche.

Su ogni singola area è stata chiesta una valutazione su scala di tipo Likert a 4 punti.

L'esito dello stesso, consente ai docenti di ricevere un utile feedback circa il raggiungimento degli obiettivi da parte degli studenti, nonché circa l'efficacia del lavoro didattico svolto.

**TABELLA 2**

*Valutazione della docenza:*

1. Efficacia del metodo didattico	85%
2. Chiarezza dell'esposizione	94%
3. Capacità di coinvolgimento dei discenti	79%
4. Utilità materiale didattico distribuito	71%
5. Rispetto tempi del programma	85%

Indice di gradimento %	
< 60	insufficiente
60 - 70	accettabile
70 - 80	buono
> 80	ottimo

## CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

Nel tentativo di delineare, pur se in maniera sintetica il lavoro, si è cercato di evidenziare l'utilità ai fini educativi di una valutazione strutturata e pianificata secondo i principi dell' MCQ e con un approccio multidisciplinare.

Il momento meramente certificatorio viene sostituito da un processo valutativo che facilita l'apprendimento in itinere del discente, coinvolto e motivato durante tutto il percorso formativo.

Una disamina dei questionari ha evidenziato un indice di gradimento positivo riguardo ai contenuti del corso e alla docenza (tab. 2).

In particolare, dai suggerimenti, si deduce l'esigenza di approfondire i temi trattati, nonché la possibilità di apprendere e sperimentare il modello di progettazione di un intervento di miglioramento continuo della qualità sin dall'inizio del corso di studi.

La diffusione di questo metodo didattico agli altri corsi e l'introduzione dal primo anno di diploma della materia in oggetto, consentirebbe una crescita degli studenti nelle loro capacità di progettare soluzioni a problemi di salute e nella loro capacità di condividere obiettivi e lavorare in team.

Una formazione così orientata accresce il senso di responsabilità e di autonomia dei discenti e mitiga, grazie all'introduzione di elementi di valutazione reciproca, la tendenza all'autoreferenzialità della docenza.

### Autori:

*Giovanni Caracci, Carmen Mantuano, Simona Ricci, Anna Mariano.*

## bibliografia

BECCASTRINI S., ROCCATO E., *La formazione permanente degli Operatori Sanitari*, In Salute Quaderni, n° 4, collana dell'USL 20 - B.

BELLOTTO M., TRENTINI G., *Culture organizzative e formazione*, Franco Angeli, 1997.

BODEGA D., *Organizzazione e cultura*. Gerini Studio, Milano, 1997.

GUILBERT J.J., *Guida pedagogica*, Armando Editore, 1981.

GUILBERT J.J., *Il lavoro in piccoli gruppi*, FPM vol. XVII, luglio 1989.

LUPANO P. (a cura di), *Professione infermieristica*, Edizioni Sorbona, Milano, 1993.

QUAGLINO G.P., *Fare formazione*, Il Mulino, Bologna, 1985.

QUAGLINO G.P., CARROZZI G.P., *Il processo di formazione*. Franco Angeli, Milano, 1990.

# IO NON SO

di Teresa De Paola

**S**arebbe indubbiamente tranquillizzante pensare che il proprio lavoro possa essere definito da una serie di procedure standardizzate. Il lavoro con la sofferenza umana, però non si lascia facilmente "ingabbiare" in insegnamenti teorici definiti: potremmo dire, citando Mistura, che "la pratica del lavoro dell'uomo con l'uomo oltrepassa la semplice applicazione del sapere codificato" (Mistura, 1995).

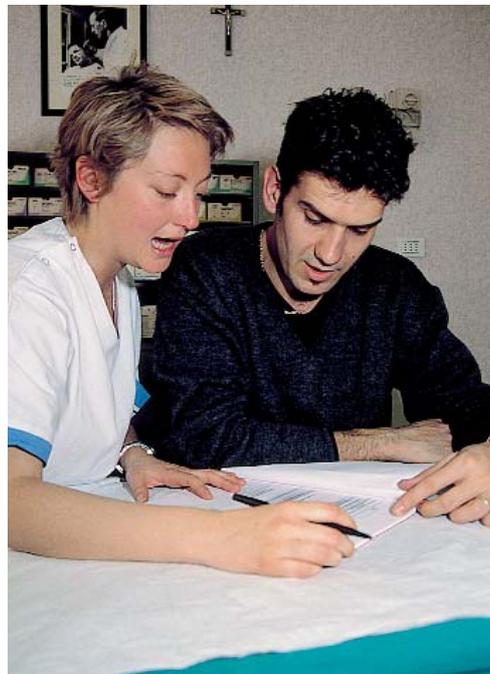
Questo lavoro vuole porre alcuni interrogativi ed evidenziare alcune contraddizioni con le quali quotidianamente conviviamo.

A mano a mano che le scoperte scientifiche si sono fatte più influenti ed importanti, anche nel campo della psichiatria e della psicologia, le conoscenze diagnostiche si sono affinate, ma nonostante ciò ci sono delle aree dove la forza della tecnica non sembra essere sufficiente a scardinare la malattia: le psicosi croniche.

L'obiettivo che ci si è posti in questi anni è stato quello di trovare un modo di agire clinico che, partendo dalla comprensione dei bisogni del paziente, fornisse un aiuto differenziato e specifico. Secondo Zapparoli bisognerebbe attivare una "integrazione funzionale", ovvero organizzare e coordinare le differenti funzioni dei diversi operatori (psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali) in un programma di trattamento che si integri partendo dai bisogni del paziente psicotico.

Come l'infermiere che lavora in psichiatria ha partecipato a tale percorso? Quali sono stati i suoi specifici contributi, quali le contraddizioni e quali le carenze a cui ha dovuto sopperire?

Un lavoro infermieristico non può essere considerato tale se non pone la persona al centro dei suoi obiettivi, cercando di attivare una rete di assistenza, in un contesto pluriprofessionale, che ha come fine comune la cura del paziente, del suo contesto familiare e sociale.



Come riportato in un articolo scritto da un nostro collega infermiere, Duilio Loi, tutto ciò necessita di conoscenze più ampie, richiede una più raffinata abilità di osservazione, di decodifica ed analisi, una maggiore capacità di pianificazione degli interventi e relative verifiche.

Necessita di responsabilità. È proprio questa ad essere chiamata in causa quando una disciplina stenta ad affermarsi nel panorama scientifico. Ma quanta responsabilità ci assumiamo non nostra e quanta non ce ne assumiamo? O ancora peggio quanta responsabilità non ci viene riconosciuta dalle stesse istituzioni?

Tutta la letteratura evidenzia un ruolo fondamentale dell'attività infermieristica, sebbene non sia quasi mai chiaro quale esso sia. A volte siamo noi stessi infermieri, che pur percependo il nostro ruolo come importante, non abbiamo una completa consapevolezza delle nostre capacità, noi stessi spesso sottovalutiamo le "competenze scientifiche" del nostro operare.

Questo problema è accentuato in modo particolare nel settore psichiatrico, infatti, lavorando in un reparto di medicina è possibile vedere in maniera concreta gli esiti del nostro intervento, il lavoro che si deve fare è codificato e più facilmente riconoscibile. Molto più difficile è poter osservare tali esiti su un paziente psichiatrico.

La situazione più frequente nella quale ci si imbatte nel proprio lavoro è quella di un grande investimento iniziale, voglia di fare che, però, abbastanza rapidamente, deve fare i conti con cocenti delusioni e relativo disinvestimento: "ma chi me lo fa fare"?

Io non so.

Sono capitata per caso in psichiatria. Il giorno in cui dovevo firmare il contratto molti pensieri mi affollavano la mente: perché proprio in questo settore? La patologia dei pazienti mi spaventava, sì, nei programmi della scuola per infermieri la psicologia viene trattata, ma si tratta di pochissime ore, sì, viene fatto un tirocinio pratico, ma sempre di poche ore e solo nell'ultimo anno di corso.

Ma tutto ciò può essere sufficiente? Si possono capire quelle complesse dinamiche messe in atto nel rapporto con questi pazienti? Si può entrare in "contatto" con tale sofferenza con un tirocinio così limitato?

Io non so.

Per questo motivo una volta destinata al DSM e nello specifico al Centro Diurno, mi sono sentita "spaesata": non sapevo cosa fare, non sapevo come muovermi, non c'era la rassicurante routine giornaliera a cui ero abituata nei reparti. E che strani questi pazienti, volevano sapere tante cose di me, volevano stabilire un contatto empatico per me del tutto nuovo; non avevo lasciato mai avvicinare nessun altro paziente alla mia persona. Ma ero anche molto curiosa.

Grazie ai miei colleghi ed al mio responsabile, con circospezione, ma soprattutto con molta fatica, ho cercato di capire usando quei pochi strumenti di cui ero fornita. Più che il bagaglio culturale scolastico ho dovuto utilizzare tanta improvvisazione.

Erano i primi mesi in cui lavoravo in un Centro Diurno. In quel periodo ho preso particolarmente a cuore Maria, una paziente, che per via di un trasferimento, aveva da poco perso il suo infermiere di riferimento. Il collega si era occupato per anni del suo caso ed io ne avevo preso il posto, sono diventata la sua "nuova infermiera di riferimento". Maria si era appoggiata a me, aveva bisogno di fare domande ed avere risposte, ed io, da brava "colomba bianca", mi sono fatta completamente "avvinghiare" da questo rapporto. Ero riuscita finalmente a fare qualcosa di costruttivo, mi stavo occupando di una paziente, stavo facendo delle cose per lei, ma soprattutto delle cose con lei, e forse anche per me.

Avevo trovato lo spazio dove sperimentare la mia professionalità, dove utilizzare lo specifico della mia professione.

Ma tutto ciò a cosa mi ha portato? Ad un attaccamento morboso di Maria nei miei confronti e, sebbene credessi che ormai il nostro fosse un rapporto basato sulla fiducia ed il rispetto reciproco, la paziente in modo del tutto inaspettato,

improvvisamente mi accusò con rabbia spaventosa di essere la causa dei suoi mali e di quelli della sua famiglia.

La mia reazione ... lo non so.

Il mondo mi è crollato addosso, avevo sbagliato tutto, avevo cercato di dare me stessa e tutto il mio, seppur limitato, "sapere" ad una persona e, che cosa avevo avuto in cambio? Tutta la sua rabbia, il suo rancore, la sua stizza.

Confusione e spavento.

Oggi tutto questo fa parte di me stessa, del mio bagaglio personale, della mia professionalità. E' stata un'esperienza che mi ha arricchito umanamente, ma quanto dolore in quel momento. Ho superato tutto ciò grazie all'aiuto di chi mi è stato professionalmente vicino, che ha cercato di farmi capire, di insegnarmi ad entrare in punta di piedi, spiegandomi le dinamiche che si vengono a creare tra utenti e operatori quando il rapporto diventa tanto intimo, cose che mi erano già state dette tante volte, ma che solo allora potevo comprendere. Sono diventata soggetto attivo e consapevole, mi sono appropriata di una competenza, di un sapere: il sapere della mia esperienza e il sapere dell'incertezza, del dubbio che nessuna procedura standardizzata, nessun protocollo, avrebbe mai potuto insegnarmi.

Ho provato continuamente sentimenti contrastanti. A mano a mano che le mie conoscenze si approfondivano, anziché acquisire maggiore certezza, vedevo aumentare i mie dubbi.

Io non so.

Non potevo che concordare con chi sosteneva l'opportunità di riuscire ad utilizzare in modo terapeuticamente efficace, le conoscenze ed i mezzi che il progresso scientifico e tecnico ha messo a nostra disposizione. Ma soprattutto provavo, e provo, quel senso di fallimento dei miei sforzi ed una sensazione di inutilità del mio lavoro, che viene riportato in molti libri che ho letto; mi sono sentita in colpa e ho attribuito a mia volta le colpe ai pazienti, ai colleghi, ai superiori, alle istituzioni, che indubbiamente ne hanno, tutti ed anche non poche, ma ho capito anche che c'è qualcosa di specifico nella patologia, nella sofferenza dei no-

stri pazienti che prescinde dal nostro impegno e dalle nostre buone intenzioni.

I pazienti fanno di tutto per lasciare le cose come stanno, utilizzano qualsiasi mezzo per vanificare il nostro lavoro, come possiamo fronteggiare tale resistenza?

Io non so.

Uno dei paradossi del nostro lavoro è che vogliamo riabilitare persone che, molte volte, non vogliono essere riabilitate.

Quante volte gli evidenti ed innegabili miglioramenti si sono rapidamente trasformati in crisi e peggioramenti improvvisi? Come accettare che anni di lavoro, di buon lavoro, siano vanificati?

Chiunque abbia lavorato a lungo con pazienti gravi sa che bisogna fare i conti con questo sentimento di impotenza e di frustrazione, ma questo anziché rappresentare una sconfitta potrebbe diventare un punto di forza se si trova una chiave di comprensione e di accesso al mondo profondo del paziente.

Un po' mi ha aiutato il capire che, per buona parte dei pazienti, stare meglio significa correre il rischio di perdere qualcosa, che la malattia li protegge da una grande sofferenza e l'ho capito ascoltando anche la mia sofferenza, la mia delu-



sione. Ho imparato a non dire *“so già tutto di lui”*

Bisogna mantenere vivo il dialogo con il paziente, ma in particolar modo va stimolata la nostra capacità di ascolto, bisogna essere disponibili a farci stupire, sorprendere, dobbiamo riuscire a trasmettere fiducia. L'operatore sanitario non si dovrebbe proporre al paziente come un soggetto con un sapere tecnico onnisciente, ma come una persona permeabile e disponibile a conformarsi al suo personale e singolarissimo modo di essere.

Nella relazione con il paziente il principale strumento utilizzato dall'infermiere è sé stesso con i propri vissuti emotivi. L'uso delle proprie emozioni nella relazione, è indispensabile non solo come mezzo diagnostico e terapeutico, ma anche come tutela dai pericoli che la relazione stessa comporta, questo ad esempio risulta evidente nel caso di un coinvolgimento eccessivo.

Nella relazione con il paziente psichiatrico, il coinvolgimento emotivo non solo è inevitabile, ma è anche fondamentale ed indispensabile, perché rappresenta l'unico modo per entrare in sintonia con lui. Il lavoro quotidiano a contatto con pazienti gravi stimola, negli operatori, momenti di riflessione e la riflessione mette in discussione la propria professionalità e l'agire quotidiano.

L'infermiere che opera nell'ambito psichiatrico si colloca in un vasto campo d'intervento, legato al ruolo professionale ed istituzionale rivestito, che va dal contesto ambulatoriale, al domicilio dell'utente, alle strutture intermedie, al SPDC.

Anche se operante in strutture diverse, le modalità di approccio restano simili e si esprimono attraverso un atteggiamento empatico che permette di comprendere e raccogliere i bisogni dell'utente, di valutarli e di dare delle risposte efficaci e mirate e, al tempo stesso, di costruire una relazione di fiducia che, con il passare del tempo, si stabilizza e si rafforza.

L'operatore deve sempre avere in mente un percorso mentale, deve sapere che cosa sta facendo e perché lo sta facendo. Paradossalmente l'obiettivo del-

l'operatore può essere non fare niente, ma deve sapere che quello che lui vuole fare è niente.

La relazione che l'infermiere instaura con il paziente si basa su specifici presupposti che sono alla base della stessa professione infermieristica e che si fondano tutti sulla relazione infermiere-paziente.

Caratteristica fondamentale di tale relazione è l'affidabilità dell'infermiere come professionista. Questa caratteristica risponde ad un bisogno specifico del paziente: è la mancanza di fiducia nell'altro che rende difficile, se non addirittura nulla, la relazione con il paziente. Avere a che fare con persone affidabili nel tempo lo aiuta a riacquistare fiducia, occorre molto tempo, però, affinché il paziente consideri affidabili infermiere e relazione. L'infermiere viene messo a dura prova proprio per le continue verifiche che il paziente compie per misurare la sua attendibilità, stabilità e credibilità.

Ogni operatore deve avere una visione globale del suo lavoro e devono sussistere dei momenti dedicati alla costruzione di visioni d'insieme, sia per quel che concerne il piano organizzativo, sia per il piano dell'elaborazione emotiva, nonché quello della comprensione e della comunicazione.

L'azione dell'infermiere nei diversi servizi di Salute Mentale, non è, e non può essere, isolata rispetto all'operare degli altri professionisti della salute. L'utente nel momento in cui esprime la sua sofferenza ci rende partecipi del suo mondo: per operare con efficacia sulla malattia, come ho già sostenuto, è necessario un approccio pluridisciplinare e per questo è essenziale che l'infermiere sviluppi abilità di gruppo.

In ospedale si tende a focalizzare l'assistenza prevalentemente sugli aspetti medici, utilizzando i fattori socio – culturali soltanto quando questi influenzano direttamente il risultato degli atti terapeutici. Nei servizi territoriali ed in ambiti particolari quali la pediatria e la psichiatria, vi è una maggiore tendenza a considerare gli aspetti psicologici, sociali ed antropologici, proprio per la caratteristica del setting operativo che mette in maggiore risalto l'individualità della persona.

Nell'ambito della salute mentale l'operatività si esplica attraverso la costruzione del progetto terapeutico è l'équipe terapeutica che si fa carico di tale lavoro, essa stessa deve diventare un'unità integrata in modo da favorire l'organizzazione e l'integrazione del paziente psicotico. Ogni membro dell'équipe deve necessariamente tenere conto del lavoro degli altri membri.

Il progetto terapeutico deve essere caratterizzato da un unico obiettivo, da definirsi, di volta in volta, a seconda dei bisogni specifici del paziente, e le relazioni, i successi o gli insuccessi che si vengono a stabilire all'interno di ogni specifica area d'intervento, influenzano i rapporti e le condizioni che s'instaurano progressivamente negli altri livelli.

All'interno del progetto terapeutico l'opera dell'infermiere si caratterizza per la presenza nella quotidianità delle attività svolte a fianco dell'assistito: è la figura dell'infermiere che accompagna il paziente nell'igiene quotidiana, nell'alimentazione, ma anche nella soddisfazione del bisogno di sicurezza e nei rapporti con gli altri.

In termini di autonomia e responsabilità il doversi confrontare con più professionisti nel portare avanti e condividere un progetto terapeutico, potrebbe apparire come una limitazione: possedere autonomia e responsabilità vuol dire trovare le vie più efficaci per l'intervento assistenziale in armonia con le attività degli altri professionisti copartecipi al raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal progetto terapeutico.

Riuscire a trovare una corretta collocazione all'interno dell'intervento multidisciplinare, implica il possedere una forte e chiara identità professionale di base (Loi D., 1997).

L'operatore che si chiude nel proprio ruolo, sia esso psichiatra, psicologo o infermiere, pregiudica la capacità di capire più profondamente ed estesamente i bisogni del paziente e viene, inoltre a creare una situazione di conflittualità e di tensione con i colleghi che dovrebbero collaborare alla realizzazione del progetto terapeutico.

Partendo dalla mia esperienza lavora-

tiva ho capito una cosa: da un lato bisogna cercare di ottimizzare procedure codificate tipiche del sapere scientifico (ad es. i protocolli, la cartella infermieristica ecc.) dall'altro bisogna saper tollerare l'incertezza e porsi continuamente dubbi valorizzando il senso del proprio lavoro, mettendosi in discussione rispetto alle altre figure professionali, chiedendo anche a loro di fare altrettanto.

Ma sarebbe davvero tranquillizzante definire il proprio lavoro con una serie di procedure standardizzate?

Io non so.

#### **Autore**

*D.A.I. Teresa De Paola.*

## **bibliografia**

BARELLI T., BONI N., MARIN M., URLI N. *Il disagio psichico e l'assistenza infermieristica.* NEU, 1997; 4: 51-54.

CARPENITO L.J. *Diagnosi infermieristiche-Applicazione alla pratica clinica.* Milano: Sorbona, 1996.

CANTARELLI M. *Il modello delle prestazioni infermieristiche.* Milano: Masson, 1997.

D. LOI (IPAFD), *Evoluzione del nursing psichiatrico* NEU, 1997; 3: 18-19.

FERRUTA A. *Un lavoro terapeutico. L'infermiere in psichiatria.* Milano: Franco Angeli Editore, 2000.

MISTURA S. *La riabilitazione è il lungo respiro della cura.* Reggio Emilia: Diabasis, 1995.

TACCHINI M.A. *Professione Infermiere nei servizi psichiatrici dalla teoria alla prassi.* Milano-Parigi-Barcellona: Masson, 1998.

## Riflessioni sul pudore nella pratica infermieristica

Lettura professionale su un vissuto d'Ospedale

di *Claudia Uras*

**C**ome possono intervenire i professionisti della salute e, in particolare gli infermieri, sul grado di soddisfazione dei pazienti? E come possono migliorare la qualità dell'assistenza per tali persone?

Per rispondere a tali domande occorre partire, dall'affermazione socratica: "conosci te stesso."<sup>1</sup>

Il professionista della salute, osservando se stesso, comprendendo le proprie ansie e insicurezze, le proprie reazioni agli eventi della vita e, in ultima analisi, i propri bisogni e limiti, può meglio comprendere gli aspetti psicologici e i limiti del paziente.

Comprenderà, perciò che ciascun individuo che necessita d'assistenza sanitaria si trova, solo, in una situazione d'inferiorità psicologica, perché, in linea di massima, non ha possibilità di scelte, deve soggiacere a decisioni altrui e, talvolta, subire limitazioni perfino della propria sfera intima.

Un aspetto della limitazione della sfera intima è il contatto con il corpo che sovente il paziente subisce durante il ricovero. Allo stesso tempo può capitare, agli infermieri, di provare un senso d'imbarazzo nel contatto con il corpo del paziente.

Se cercassimo di capire quali possono essere le ragioni di tale imbarazzo, probabilmente ci renderemmo conto che il rapporto con il corpo è, solo apparentemente, meno problematico nella società

attuale. Ciò dovrebbe riflettersi, in teoria, anche nell'attività infermieristica e, in particolare, nei rapporti tra infermiere e paziente, facilitandoli. Ma nella pratica è così?

La cultura contemporanea ha elaborato un "modello di corpo" – molto usato nelle immagini pubblicitarie e nel cinema – giovane, snello, sano, quindi bello. Ne consegue che ciò che non corrisponde al "modello ideale" è istintivamente considerato brutto, perciò da rifiutare.

Qual è la situazione psicologica dell'infermiere quando incontra un corpo malato o invecchiato o deturpato, quindi non corrispondente al "modello ideale"? E quale la situazione psicologica del paziente quando avverte che il proprio corpo è malato?

Ciascuno – sia come infermiere sia come paziente – è espressione del proprio mondo culturale e sociale.

Ogni individuo, inoltre, ha necessità di uno spazio vitale, inteso come spazio fisico e psichico.

A mano a mano che invecchia, ogni soggetto vede ridursi gradualmente i propri confini territoriali, come fossero cerchi concentrici. La malattia produce lo stesso risultato.

Il ricovero ospedaliero priva il paziente della quasi totalità del suo spazio.

Il confine finisce con il coincidere con il proprio corpo, perché lo spazio che lo circonda è estraneo e anche la libertà

d'azione è ridotta. Si crea un rapporto di dipendenza da coloro che lo circondano.

E' in questo contesto fisico e psichico che inizia la relazione con l'infermiere.

Qual è l'ultima linea di confine, quella, oltrepassata la quale, s'invade l'intimità del paziente e quale è il segnale di questa violazione ?.

Forse il segnale esteriore del superamento della linea di confine è l'imbarazzo e forse la linea di confine coincide con il "senso del pudore."

Il pudore è il "sentimento di riserbo e di vergogna di tutto quanto riguarda la sfera sessuale" e, estensivamente, il "senso di discrezione e di rispetto di sé e degli altri".<sup>2</sup>

Esso appartiene alla sfera psicologica dell'individuo e trova il suo fondamento nella cultura di una determinata società; sicché il senso del pudore muta da una società all'altra.<sup>3</sup> Se, dunque, vi è un comune senso del pudore, inteso come la concezione che la maggioranza ha della sfera sessuale, vi è, tuttavia, una concezione individuale che è determinata dall'atteggiamento psicologico di ciascun individuo.

L'imbarazzo è un sentimento di disagio dovuto a varie cause, non necessariamente collegate al sesso. Ma è proprio in relazione alla sfera sessuale che più frequentemente entra in gioco tale sentimento, il quale può considerarsi la manifestazione esteriore dell'atteggiamento psicologico con cui il soggetto considera il senso del pudore.

Sebbene il pudore sia un sentimento

nobilissimo, una manifestazione di sensibilità dell'animo, oggi è sovente oggetto di svalutazione e perfino di derisione, perché è ritenuto da alcuni un'espressione di cultura antiquata, retriva, frutto di secolare repressione. Alcuni addirittura negano drasticamente il valore del sentimento del pudore. Contro tale opinione, agli inizi del secolo scorso il filosofo e sociologo M. Scheler osservava che: "La diminuzione incontestabile del sentimento del pudore nell'epoca odierna non è affatto conseguenza di uno sviluppo più elevato e progredito della civiltà, com'è stato superficialmente sostenuto, ma indice psichico certo di degenerazione della razza; e lo scarso apprezzamento del pudore è una delle molteplici espressioni del dominio crescente di quei valori che il tipo dell'uomo volgare ha suscitato, con il suo estendersi smisurato e con la rimozione dello strato superiore dei valori".<sup>4</sup>

Benché tale osservazione desti perplessità almeno con riferimento al concetto di "degenerazione della razza", che indubbiamente risente dell'epoca al quale lo scritto risale, tuttavia essa è condivisibile nella parte in cui rileva uno scadimento di valori, che certamente s'è andato accentuando in anni recenti, con l'imperante consumismo. Ciò perché il pudore è visto anche come un freno per l'uso commerciale – pubblicitario del proprio corpo, di cui si fa oggi uso e abuso nel cinema e nella televisione.<sup>5</sup>

Il sentimento del pudore dovrebbe meritare grande attenzione nella pratica

<sup>1</sup> In greco la frase è: "Gnoti s'auton." In latino era tradotta così: "Nosce te ipsum", ed era scritta a lettere d'oro nel tempio d'Apollo a Delfo. Gli antichi l'attribuivano a Chitone, a Talete, a Solone; altri la definirono addirittura sentenza venuta dal Cielo.

<sup>2</sup> N. ZINGARELLI: *Vocabolario della lingua Italiana*, Zanichelli, Bologna 1990.

<sup>3</sup> Del pudore si occupa anche il diritto, sia pure con riferimento al "comune sentimento". L'art. 529 del codice penale, nel definire gli atti e oggetti osceni, afferma che sono "quelli che, secondo il comune sentimento, offendono il pudore". In virtù di tale definizione, la giurisprudenza ha affermato che il comune sentimento del pudore è quello che induce alla riservatezza relativamente a ciò che attiene all'intimità della sfera della vita sessuale; esso va identificato alla luce della sensibilità media della collettività, avuto riguardo ai valori della coscienza sociale e alle reazioni dell'uomo medio, inquadrato e considerato con riferimento al momento storico-ambientale. Sicché è logico che il comune sentimento del pudore è destinato a mutare nel tempo con il mutare degli orientamenti culturali e sociali, così come muta allorché si confrontano paesi con radici culturali diverse.

<sup>4</sup> G. Zamboni, *La persona umana*, Milano 1983, pag. 4.

<sup>5</sup> Il pudore è stato definito "il custode della castità"; ma poiché la castità è interpretata solo negativamente come repressione sessuale, ecco che il concetto di pudore n'è uscito assai malconcio (Giovanni Chimirri, *Pudore sessuale e nudità*, Laura Rangoni Editrice, Milano 1987).

In epoche più recenti, tuttavia, la questione della sessualità è stata rivisitata, il valore della corporeità e della sensualità sono stati recuperati, l'etica cristiana postconciliare ha affermato che bisogna sforzarsi «di integrare pienamente la sessualità nel processo di umanizzazione, per cui non si può più trattare della sessualità unicamente nei confronti di una dottrina del matrimonio» (Segretario Generale di Concilio, in *Concilium*, n. 5/1970, pag. 207); insomma, tutta la complessa questione sulla sessualità umana è stata riscritta.

La stessa cosa non è avvenuta, salvo rari casi, per il pudore.

infermieristica, perché può essere utilizzato come "strumento di corretta condotta professionale" e rappresenti, inoltre, un segno di cultura e di civiltà progredita.

L'infermiere che usa il sentimento del pudore come strumento professionale, come una cartina al tornasole, è in grado di comprendere se in una determinata situazione proverebbe imbarazzo nel caso in cui fosse lui stesso il paziente e, conseguentemente, eviterà ogni situazione imbarazzante per l'assistito.

E non è raro il caso in cui l'infermiere si trova a combattere tra il proprio imbarazzo e quello altrui. Ma l'imbarazzo proprio va controllato allorché si traduca in un ostacolo alla terapia. L'imbarazzo dell'infermiere potrà determinare un duplice effetto negativo: per un verso renderà più probabili errori tecnici per maggiore superficialità o fretta dell'esecuzione; per altro verso accrescerà il senso di disagio del paziente stesso che può ostacolare un buon rapporto interpersonale.

Il contatto fisico con il paziente è, talvolta, problematico, ma va risolto usualmente in modo asettico, con il necessario distacco professionale. Se, normalmente, il contatto fisico con il paziente va evitato quando non è necessario per ragioni terapeutiche, deve tuttavia considerarsi terapeutico quando è ricercato o offerto come conforto psicologico.

Il sentimento del pudore non è legato

solo al contatto fisico.

Anche il rapporto meramente visivo o quello verbale può creare imbarazzo ed offendere il senso del pudore. Si pensi al paziente al quale viene chiesto di spogliarsi in presenza d'altri (medici o infermieri compresi) o al quale siano rivolte domande che investano la propria sfera intima. Anche in tali casi l'infermiere preparato saprà assumere atteggiamenti cauti, formulare le domande in modo discreto e, in sostanza, saprà rispettare il senso del pudore altrui.

E' chiaro, dunque, che il rispetto dei sentimenti altrui è, sul piano individuale una prova d'elevata professionalità (connessa a doti psicologiche) e, sotto il profilo sociale, è indice di civiltà .

#### **BIBLIOGRAFIA**

S. Minuzzo, L. Guglielmi. Il corpo e la corporeità. Professioni Infermieristiche 1996;4: 27-21

G. Chimirri. Pudore sessuale e nudità. Laura Ragnoni Editrice 1995

V. Melchiorre. Corpo e persona. Edit. Marietti 1995

#### **Autori**

*D.D.S.I. Claudia Uras  
Centro di Formazione  
e di Studi Sanitari -  
Polo Infermieristico -  
"P.L.Monti" IDI-IRCCS*

---

## Santa Agostina Pietrantonì Patrona degli Infermieri

---



**I**l servizio di carità diventato "storia sacra" negli oltre 200 anni di vita dell'Istituto delle Suore di Santa Giovanna Antida che ormai sono presenti in 26 paesi nel mondo, trova oggi, nella proclamazione della piccola, giovane suora, **Santa Agostina Pietrantonì eletta Patrona degli Infermieri in Italia**, un segno di riconoscimento della dedizione incondizionata di chi ha fatto della vita un servizio d'amore a chi soffre ed è solo.

La Congregazione per il Culto Divino, ha infatti eletto con Decreto del 29 aprile 2003 Santa Agostina Pietrantonì protrettrice degli operatori del mondo sanitario affinché la figura e la vita semplice della giovane suora sia esemplare per la loro professione.

La vita di Suor Agostina infatti, offerta e consumata tra i malati nell'Ospedale Santo Spirito in Sassia dove a soli 30 anni fu stroncata da mano ingrata ed

omicida, è per tutti coloro che operano nel settore sanitario modello ispiratore di vita, semplice ed essenziale, per umanizzare un ambiente che rischia sempre più la spersonalizzazione.

### CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA

Reverenda Madre,

mi è gradito trasmetterLe il Decreto con il quale la Congregazione per il Culto Divino e la Disciplina dei Sacramenti ha confermato l'elezione della Santa Agostina Pietrantonì, vergine, a patrona degli infermieri d'Italia.

Auspico che tutti gli operatori del mondo sanitario riconoscano in Santa Agostina una figura ispiratrice e una testimone esemplare per la loro professione. Ricorrendo alla sua intercessione, potranno trovare sostegno e aiuto nel loro impegno al servizio degli ammalati.

Sarà nostra premura dare al più presto comunicazione ufficiale del Decreto sul Notiziario della Conferenza Episcopale Italiana.

La prego di gradire i sentimenti di viva stima e di distinto saluto con l'augurio di ogni bene.

**Camillo Ruini**  
*Presidente*

---

# AGGIORNAMENTI

---

## CORSI DI FORMAZIONE PER INFERMIERI

L'Istituto Regina Elena e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, con il patrocinio della Società Italiana di Psico-Oncologia, promuovono, nel 2004, i Corsi "La relazione d'aiuto nella pratica clinica infermieristica".

I Corsi, rivolti agli infermieri che lavorano o intendono lavorare in ambito oncologico, mirano a favorire un'integrazione sempre più efficace dell'infermiere nel contesto lavorativo oncologico e a promuovere, in ambito psico-oncologico, nuovi modelli di relazione con i pazienti, i loro familiari e tra gli stessi operatori sanitari.

Ogni Corso è a numero chiuso (40 partecipanti) e si articola in 100 unità didattiche divise in 4 moduli, ciascun modulo (25 unità didattiche) si svolge in tre giornate.

I Corsi saranno accreditati presso il Ministero della Salute secondo il programma di Educazione Continua in Medicina. Agli allievi verrà rilasciato un attestato di partecipazione.

Saranno ammessi ai Corsi i primi 80 infermieri che hanno i requisiti richiesti, sulla base dell'ordine di arrivo delle domande. L'inserimento dell'allievo in uno dei due Corsi sarà assolutamente casuale e non modificabile. Requisiti per l'ammissione sono:

Laurea di infermiere o diploma di infermiere professionale.

Iscrizione alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori come socio sostenitore (costo 150,00); gli infermieri che non sono iscritti alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori potranno regolarizzare la propria posizione anche dopo la conferma dell'ammissione al Corso.

Le domande in carta semplice, con allegata certificazione del titolo posseduto, dovranno pervenire tramite fax (06/52665923) o e-mail ([caruso@ifo.it](mailto:caruso@ifo.it)) alla Segreteria dei Corsi dal 1 novembre al 30 novembre 2003. Non saranno prese in considerazione le domande di ammissione ai Corsi pervenute prima o dopo le date indicate, né quelle arrivate tramite modalità differenti da quelle predisposte.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria del Corso:

martedì h. 10.00-12.00 - giovedì h. 14.30-16.30

Tel-Fax 06-52665923 - E-mail: [caruso@ifo.it](mailto:caruso@ifo.it)

---



## Scuola di formazione

### Master Biennale Multiprofessionale in Tutorato Clinico

Il relazione all'attenzione che la nostra Università ha sempre rivolto alla formazione tutoriale, ritenendola lo snodo essenziale della formazione clinica dello studente, abbiamo deciso di trasformare il Corso di Perfezionamento in Tutorato Clinico, attivo fin dal 1996 in Corso di Master. L'obiettivo è di formare figure professionali che sappiano affiancare l'inserimento dello studente nella Facoltà, lo aiutino a sviluppare quelle competenze metodologiche per affrontare l'intero piano di studi, ma soprattutto lo aiutino ad integrare le conoscenze scientifiche con le competenze cliniche.

### Master Biennale in Infermieristica Oncologica

È un Corso di formazione post base rivolto esclusivamente a personale infermieristico che abbia maturato una certa esperienza professionale in campo oncologico. Obiettivo del Master è di far acquisire agli infermieri competenze avanzate nell'assistenza oncologica per gestire strategie assistenziali globali e di elevata qualità rivolte a persone adulte affette da patologia oncologica e ai loro familiari. Il corso consentirà agli infermieri di esercitare la propria attività professionale in qualunque ambito lavorativo in cui è richiesta una competenza specifica in campo oncologico.

Rossella Ferri: Scuola di Formazione Continua - Università Campus Bio-Medico di Roma

Via E. Longoni, 83 00155 Roma - Tel. 06/22541305 - Fax 06/22541328

---

## Corso "SHIATSU"

Il modulo Base di SHIATSU organizzato dall'ordine dei Medici, Collegio IPASVI di Roma e Scuola Italiana di Shiatsu. Corso articolato in 4 moduli per 4 ore.

Sede del Corso: Piazzale Flaminio, 9 - Per INFO ed iscrizioni 06/3201908.



## INFERMIERE E CITTADINO: QUALE RELAZIONE

Iscrizioni  
Per informazioni  
e prenotazioni  
(obbligatoria) rivolgersi:  
Perigeo Congressi  
Tel. 06.86.10.278

## CORSI DI FORMAZIONE PER INFERMIERI

Mirano a favorire un'integrazione sempre più efficace dell'infermiere nel contesto lavorativo oncologico e a promuovere, in ambito psico-oncologico, nuovi modelli di relazione con i pazienti, i loro familiari e tra gli stessi operatori sanitari secondo il programma di Educazione Continua in Medicina. Agli allievi verrà rilasciato un attestato di partecipazione. L'inserimento dell'allievo in uno dei due Corsi sarà assolutamente casuale e non modificabile

## VIII CORSO BIENNALE IN PSICOLOGIA ONCOLOGICA

L'Istituto Regina Elena e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori con il patrocinio della Società Italiana di Psico-Oncologia promuovono l'VIII Corso biennale in Psicologia Oncologica (anni 2004-2005). Il Corso, rivolto ad operatori sanitari (medici, psicologi, infermieri, fisioterapisti, etc.), è finalizzato ad ampliare le competenze di ciascuna professionalità in campo psico-oncologico e ad acquisire specifiche conoscenze psicologiche in ambito oncologico in vista di un lavoro in équipe secondo un approccio integrato. Il Corso è biennale ed a numero chiuso (30 partecipanti). Si articola in 200 unità didattiche divise in 4 moduli per il I Anno (12,13,14 gennaio; 10,11,12 maggio; 20, 21, 22 settembre; 13, 14, 15 dicembre 2004) e 4 moduli per il II Anno con date da definire. E' possibile iscriversi dal 1 ottobre al 15 novembre 2003. Il Corso viene accreditato presso il Ministero della Salute e i crediti formativi assegnati sono differenti per le varie figure professionali.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria del Corso: martedì h. 14.00-16.00 giovedì h. 12.00-14.00 - Tel-Fax 06-52665923 - **E-mail: caruso@ifo.it**

Giornata di studio 06 Dicembre 2003  
per infermieri Voghera ( PV )

### "Essere straniero in Ospedale"

Percorso di studio sul rapporto tra cittadini stranieri e strutture sanitarie italiane.

Si terrà a Voghera ( PV ) 06 dicembre 2003 presso la Piscina Comunale Sport&tempo Libero Via Cignoli, 6

Modalità d'iscrizione: la giornata si attiverà al raggiungimento di un numero minimo di partecipanti. Il numero massimo è stato fissato in 150 persone.

L'evento è stato accreditato con 4 (quattro) punti ECM per la categoria Infermieri

Per Informazioni: a.i.n.s. onlus c/o Aislec,  
Via Flarer,6 cell. 339/2546932 - 320/4250915  
(dalle ore 13,00 alle ore 15,00) fax 0382 / 523203 - email: [ruggero.rizzino@ains.it](mailto:ruggero.rizzino@ains.it)

## INFERMIERE E SANITÀ PENITENZIARIA

Organizzazione  
COOPERATIVA SOCIALE  
SAN LUCIO A.R.L.

Viale G. Mazzini, 134 - 00195 Roma

### Per iscrizioni:

tel.06 37511733 • 06 37350515  
348 2938400 • fax 06 37411812





Dedicato a chi si sta avvicinando ora alla ricerca infermieristica, a chi vuole paragonare modelli, banche dati, risorse... insomma, al neofita che comincia ora, è dedicata la pagina di questo numero.

#### **ALLNURSE**

<http://allnurses.com>

Non è un sito dedicato alla ricerca, indubbiamente...è un vero e proprio "portale" del mondo infermieristico internazionale. Suddiviso per macro-aree, ci ricorda un po' l'impostazione di alcuni motori di ricerca internazionali. Comodo per trovare di tutto, dalle riviste alle banche dati, e perché no, un po' di humor...! Per chi si avvicina da poco ad Internet per la professione, è un validissimo punto di partenza. In lingua inglese.

#### **JOANNA BRIGGS ISTITUTE**

<http://www.joannabriggs.edu.au>

Un celebre istituto formativo Australiano, nonché Centro Ricerche Internazionale per la "Best Practice", operativo dal 1996, offre un discreto database sulla letteratura sanitaria; di particolare rilievo, le "evidence libraries" contenenti le revisioni sistematiche di letteratura, le revisioni dei protocolli, e il "clinical information database". Da visitare. In lingua inglese.

#### **NURSE SCRIBE**

<http://www.enursescribe.com/evidencebased.htm>

Un simpatico portale infermieristico "a tutto tondo", che raccoglie un po' tutti i siti di interesse scientifico per la professio-

ne. Diviso per aree di interesse, si consulta molto bene. Una vera risorsa da tener sotto controllo, in quanto il patrimonio di links correlati e suddivisi è veramente notevole, oltre che essere costantemente aggiornato. In lingua inglese.

#### **HONOR SOCIETY OF NURSING SIGMA THETA TAU INTERNATIONAL**

<http://www.nursingsociety.org>

"A Vision to Lead: To create a global community of nurses..." Così recita la pagina del *chi siamo*. Segnaliamo la VIRGINIA HENDERSON LIBRARY, le risorse, le pubblicazioni e il centro ricerche, oltre agli eventi da loro organizzati. In lingua inglese.

#### **CENTRO E.B.N – UNIVERSITY OF YORK**

<http://www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/cebn.htm>

Un esempio di Centro Documentazione EBN dell'Università di York. Interessante visitare le Aree correlate, come ad esempio la "York trial Unit" oppure "Publications" piuttosto che la "Research Page".

#### **CDC – CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION**

<http://www.cdc.gov>

Per le linee guida internazionali sulla prevenzione è praticamente l'unico punto di riferimento. In lingua inglese, disponibile anche in lingua spagnola.

A cura di Fabrizio Tallarita  
Webmaster del Collegio IPASVI di Roma  
[webmaster@ipasvi.roma.it](mailto:webmaster@ipasvi.roma.it)

## L'obbligo di referto

---

**C**ontinuando la trattazione dell'attività documentale imposta dalla vigente normativa al personale infermieristico, dopo la cartella clinica e la cartella infermieristica, esaminiamo da vicino in che termini è disciplinato l'obbligo di referto.

Innanzitutto definiamo referto la denuncia che deve essere fatta obbligatoriamente, allo scopo di mettere a conoscenza l'autorità giudiziaria di fatti accaduti che comportino una lesione dell'integrità fisica o psichica di uno o più individui e che integrino una fattispecie di reato perseguibile d'ufficio, dal soggetto che nell'esercizio di una professione sanitaria venga a conoscenza di questi.

L'obbligo di referto trova attualmente disciplina negli articoli 365 cod. pen. e 334 cod. proc. pen.

L'art. 365 cit. attribuisce il suddetto obbligo al soggetto che abbia prestato, nell'esercizio di una professione sanitaria, la propria opera od assistenza in tutti quei casi che possano presentare gli estremi di un delitto procedibile d'ufficio; e nel caso in cui egli ometta o ritardi di renderne notizia all'Autorità Giudiziaria, o ad altra autorità che alla prima abbia l'obbligo di riferire, ne prevede la punibilità con una multa pari ad \_ 516.

Tale obbligo non sussiste solo nei casi in cui il referto esporrebbe la persona assistita ad un procedimento penale ("l'esonero del sanitario dall'obbligo di referto di cui al comma 2 dell'art. 365 c.p., è previsto solo per il caso in cui i fatti che si dovrebbero descrivere nel referto convergono nell'indicare il paziente quale autore del reato esponendolo a procedimento penale", Cass. Pen., sez. V, n. 18052/01).

Il codice di procedura penale, invece, con l'art. 334 cit. disciplina i requisiti di tempo e di forma del referto. Questo, infatti, deve essere fatto pervenire entro quarantotto ore, ovvero immediatamente ove ci sia pericolo nel ritardo, dal soggetto obbligato al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui egli ha prestato la propria opera od assistenza. Il referto deve contenere l'indicazione della persona cui è stata prestata assistenza completa delle generalità della stessa e di ogni altro elemento valido ai fini dell'identificazione, il luogo, il tempo ed ogni altra circostanza relativa all'intervento effettuato, nonché ogni elemento utile per stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con cui è stato commesso e gli effetti che da questa sono derivati ovvero possono derivare. Se l'assistenza è stata prestata da più persone nella medesima occasione, l'obbligo di referto sussiste in capo ad ognuna di queste con la facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.

L'obbligo di referto è previsto dalle norme appena esposte a carico di tutti gli esercenti le professioni sanitarie e quindi medici, infermieri (professionali), ostetriche etc.

Sebbene nella pratica ricorra con maggiore frequenza l'ipotesi che a redigere il referto sia il medico, non si deve trascurare il caso in cui a prestare assistenza in situazioni integranti fattispecie di reato siano degli infermieri, e pertanto in capo ad essi sussista l'obbligo in parola.

La normativa sopra esposta attribuisce l'obbligo in capo a coloro che abbiano prestato la propria assistenza od opera, intendendo che questo derivi da un intervento attivo sulla persona, intervento che può es-

sere inteso come attività sanitaria avente finalità di accertamento, indipendentemente da ogni scopo terapeutico (ad es. la diagnosi medica), ovvero come atto con finalità esclusivamente terapeutica.

Per quanto riguarda il requisito che richiede si tratti di casi che possano integrare una fattispecie di reato procedibile d'ufficio, una recente pronuncia della Suprema Corte (Cass. 14 marzo 1997, n. 280), ha rilevato come l'obbligo di referto sia volto a far sì che l'attività svolta ai fini dell'accertamento e della repressione dei delitti si possa giovare dell'osservanza del suddetto obbligo da parte degli esercenti le professioni sanitarie, perciò "il sanitario non deve compiere valutazioni giuridiche o di fatto tese a stabilire la certezza o il grado di probabilità del delitto sospettato, né deve limitarsi ad una acritica e pressoché generalizzata informativa in ordine a tutti i casi di malattia astrattamente riconducibili a cause delittuose". Ciò al fine di evitare una eccessiva proliferazione di referti che anziché raggiungere lo scopo perseguito, congestionino l'attività giudiziaria; fine che, con la medesima pronuncia, la stessa Cassazione ha espressamente enunciato precisando che l'obbligo di referto "sussiste in relazione ai casi che abbiano almeno la possibilità concreta di presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio".

A questo punto corre l'obbligo di precisare che per reati perseguibili d'ufficio si intendono quei reati che presentino una gravità tale da costituire un pregiudizio per la collettività, quali, a mero titolo esemplificativo, l'omicidio e le lesioni personali dolose.

Tornando sui requisiti sostanziali del referto, che deve essere redatto in carta libera con le indicazioni di cui all'art. 334 c.p.c. sopra elencate, si deve far presente che sono Ufficiali di polizia giudiziaria, cui il referto deve essere inoltrato nel termine di quarantotto ore, i funzionari di Pubblica sicurezza, gli Ufficiali superiori ed inferiori ed i sottufficiali dei Carabinieri, della Guardia di Finanza e degli Agenti di pubblica sicurezza, o in mancanza di questi il sindaco.

Essendo il reato di omissione di referto un reato di pericolo e non di danno, pertanto, l'esclusione a posteriori della perseguibilità d'ufficio in base alle conseguenze fisiche o psichiche derivate al sog-

getto passivo, non esclude la responsabilità dell'omittente (Cass. Pen., sez. III, n. 110497/69).

Come abbiamo già esposto, l'obbligo del referto sorge in capo al sanitario nel momento in cui egli viene a trovarsi di fronte ad un caso che può presentare i connotati di un delitto perseguibile d'ufficio. Occorre pertanto che il giudice accerti, tenendo conto della peculiarità del caso concreto, sia pure con valutazione "ex ante", se il sanitario abbia avuto conoscenza di elementi di fatto dai quali desumere, in termini di astratta possibilità, la configurabilità di un simile delitto ed abbia avuto la coscienza e volontà di omettere o ritardare il referto (Cass. Pen., sez. VI, n. 9721/98).

Da ultimo si deve rilevare che il reato di omissione di referto è compatibile esclusivamente con l'elemento psicologico del dolo, secondo cui l'omissione o il ritardo devono essere compiuti con coscienza e volontà, consistente nella conoscenza da parte del sanitario di tutti gli elementi del fatto per il quale ha prestato la propria opera, dai quali può desumersi in termini di possibilità la configurabilità di un delitto perseguibile d'ufficio, e dalla coscienza e volontà di omettere o ritardare di riferirne alle Autorità indicate (Cass. Pen., sez. VI, n. 210054/98).

Il suddetto elemento psicologico del dolo viene a mancare qualora, per errore, l'esercente la professione sanitaria abbia la certezza dell'inesistenza di un delitto di quella specie (Cass. Pen., sez. VI, n. 21206/98).

Sempre in tema di elemento psicologico del reato di omissione, si deve rilevare che la valutazione da parte del sanitario della perseguibilità d'ufficio del delitto ravvisabile nel caso a lui sottoposto non deve essere fatta in astratto, ma in concreto, ossia con l'adozione di ogni criteri di giudizio che tenga conto delle peculiarità della situazione effettiva. Deve essere, infatti, riconosciuta all'esercente la professione sanitaria un margine di discrezionalità nell'apprezzamento della natura dell'infortunio in relazione al tipo di lesione riscontrata, alla descrizione dei fatti fornita dal paziente o dai suoi eventuali accompagnatori e agli altri possibili elementi di riscontro (Cass. Pen., sez. VI, n. 7034/98).

**Avv. Alessandro Cuggiani**

*Ebn:  
L'Assistenza  
basata su prove  
di efficacia  
rappresenta  
il modo nuovo  
di intendere  
le competenze  
infermieristiche  
M.E.*





La documentazione delle attività infermieristiche  
è lo strumento per dimostrare lo specifico  
professionale e rappresentare l'agire competente  
dell'infermiere alla luce della responsabilità professionale  
M.E.