

*m*fermiere oggi



Anno XIV - N. 3 - Luglio-Settembre 2004 - Tariffa Associazioni Senza Finesse di Lucro: Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abb. post. - D.L. 359/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB Roma

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma

Direzione - Redazione - Amministrazione

Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 ROMA
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034

DIRETTORE RESPONSABILE
Gennaro Rocco

SEGRETERIA DI REDAZIONE
Nicola Barbato, Stefano Casciato, Mario Esposito,
Matilde Napolano, Carlo Turci

COMITATO DI REDAZIONE
Bertilla Cipolloni, Rodolfo Cotichini, Maurizio Fiorda,
Maria Vittoria Pepe, Francesca Premoselli,
Maria Grazia Proietti, Ausilia M.L. Pulimeno,
Emanuela Tiozzo, Marco Tosini.

Rivista trimestrale luglio/settembre 2004
Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A.
- Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Roma
Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 90
del 09/02/1990

FOTO: MARIO ESPOSITO

STAMPA: GEMMAGRAF EDITORE
00193 Roma - Lungotevere Prati, 16
Tel. 06 687.98.67 - Fax 06 687.52.70
e-mail: gemmagraf@uni.net



ASSOCIATO
ALL'UNIONE
STAMPA
PERIODICA
ITALIANA

Finito di stampare: Dicembre 2004

Tiratura: 23.000 copie

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore o degli Autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli Direttivi.

Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente, o quando gli Autori parlano a suo nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili.

Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non richiesti e non pubblicati non verranno restituiti.

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo. Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al"; il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale.

Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.

Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato al Collegio IPASVI di Roma, Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

Rubriche

1 EDITORIALE

di Gennaro Rocco

3 LA SPIRALE DELL'ERRORE

di Pio Lattarulo e Massimiliano Martorana

9 L'infermiere etico garante

della funzione di advocacy
verso il paziente in posizione
di svantaggio sociale
DAI Alessandro Stievano

16 L'analisi dei carichi di lavoro

e la determinazione
del fabbisogno di personale
nella centrale operativa
provinciale 118 di Roma
di Daniele Di Micco

25 Benvenuto Ordine!

31 Alcol e giovani: indagine

statistica su un campione
di studenti presso l'I.T.C. L.
Luzzatti di Palestrina
di Francesca Upoli e Edda Oliva Piacentini

40 La chirurgia bariatrica

Il by-pass ileale
e la diversione bilio-digestiva
Assistenza pre-post operatoria
di Stefano Bucci e Cinzia Chiapponi

47 Le riunioni di lavoro ai confini

tra efficacia e insofferenza
di Maria Rita Barberis

51 Competenze e responsabilità

nella gestione della terapia
sostitutiva renale in terapia
intensiva.

Il parere infermieristico.

di Alessandro Delli Poggi

57 Linea diretta con il Presidente

59 Importante riconoscimento

per la categoria
nella formazione continua
COMMISSIONE ECM LAZIO:

AGLI INFERMIERI

LA PRESIDENZA VICARIA

di Claudio Carola e Giorgia Allegretti

61 Infermieri in rete

62 L'avvocato dice...



LA CATASTROFE NON PIEGA LA SOLIDIERIETÀ

Questo numero di *Infermiere* oggi era in fase di stampa quando si è verificato il disastroso maremoto nel sud est asiatico. Una catastrofe che, sin dall'inizio è apparsa come tra le peggiori sciagure del nostro tempo, che lascia attoniti e sconvolge di fronte a tante vittime e a una distruzione così vasta. L'immane tragedia dell'Oceano Indiano, cosparge di lutto l'intera umanità e riduce il genere umano nella sua dimensione di impotenza nel fronteggiare la forza distruttrice di cui è capace la natura. E per chi resta, chi ha perso tutto, non c'è che andare avanti a ricostruirsi un'esistenza.

Impresa tanto più difficile in un'area segnata dalla povertà con uno scenario sanitario aggravato dal rischio di epidemie. Nella tristezza del cordoglio, gli Infermieri di Roma e provincia nutrono forte il sentimento di solidarietà verso quanti sono impegnati nei soccorsi e i colleghi che operano sul posto attraverso le associazioni umanitarie e le organizzazioni non governative. A loro va la nostra gratitudine, il nostro incoraggiamento e il senso più profondo di vicinanza umana e professionale.

Benvenuto Ordine!

*Il Collegio si trasforma. Con gli infermieri.
Ecco il disegno di legge con cui il Governo riconosce
il livello più elevato alla professione*

di Gennaro Rocco

Gli le mani dalla professionalità degli infermieri! E che ad affermarlo siano gli stessi infermieri non fa più notizia; lo vanno ripetendo ormai da molti anni, con alterne fortune e tra mille ostacoli. Stavolta, però, a sancirlo è un disegno di legge. Non uno qualsiasi, ma quello predisposto dal Governo e approvato dal Consiglio dei Ministri nella seduta dell'11 novembre scorso.

E' l'approdo di una lunga e pericosa battaglia della categoria, che vede così riconosciuta fino in fondo la sua appartenenza al novero delle professioni intellettuali, con una formazione e un titolo universitari, un ordine professionale che ne tutela dignità e rappresentatività, una garanzia di pro-

fessionalità in più per loro stessi e per i destinatari delle prestazioni: i cittadini.

Il disegno di legge "Disposizioni in materia di professioni sanitarie non mediche", al di là di quest'ultimo aggettivo che non ci è piaciuto, recepisce gran parte delle istanze degli infermieri italiani. Naturalmente, dovrà seguire il suo iter parlamentare, con i tempi che ne conseguono per la trasformazione in legge dello Stato. Ne siamo consapevoli e, prudentemente, non cantiamo vittoria.

Certo è che il disegno di legge in questione, adottato dal Governo e dunque da questo presentato all'esame delle Camere dopo un articolato confronto tra i vari Ministeri interessati, segna una svolta importante sul

cammino delle nostre rivendicazioni, promettendo un corso parlamentare rapido. Ne raccoglie la richiesta di un riconoscimento completo della professionalità e respinge i ripetuti tentativi di far passare messaggi fuorvianti sul ruolo dell'Albo professionale. Anche per questo lo salutiamo con soddisfazione, nel segno della necessaria chiarezza sulla linea che si intende perseguire da qui al varo definitivo della legge.

La trasformazione dei Collegi in Ordini professionali pone finalmente e definitivamente gli infermieri nell'alveo delle professioni sanitarie primarie, insieme ai medici, con pari dignità e autonomia professionale. Riconosce loro una crescita culturale, formativa e scientifica che ha ben pochi paragoni possibili sullo scenario nazionale ed europeo. Fa inoltre chiarezza, spazzando il campo dai soliti tentativi di ostacolare il cammino degli infermieri, sui requisiti e gli obblighi d'iscrizione all'Albo per chiunque eserciti la professione infermieristica, pubblici dipendenti compresi, individuando lo strumento degli Ordini professionali come elemento di verifica e garanzia tecnico-professionale degli iscritti nei confronti dei cittadini.

Particolarmente significativi, in questa chiave, gli articoli 2 e 3 del disegno di legge: il primo disciplina i requisiti formativi per l'iscrizione all'Albo, l'obbligatorietà di questa e la verifica periodica dei requisiti stessi; il secondo delega il Governo ad emanare appositi decreti legislativi per la trasformazione formale dei Collegi in Ordini, per la costituzione regolamentata di nuovi Ordini a beneficio delle professioni sanitarie che ne sono prive, per la disciplina dei principi a cui devono attenersi gli statuti e i regolamenti di ogni nuovo Ordine professionale.

Nell'inserito di questo numero, Infermiere Oggi pubblica il testo integrale del disegno di legge approvato dal Consiglio dei Ministri. (La relazione illustrativa che ne tratteggia la necessità, lo sviluppo e gli obiettivi, sintetizzandone i

contenuti e l'Analisi dell'impatto della regolamentazione e che riferisce delle attese e dell'incidenza sugli interessati diretti e indiretti è pubblicata sul sito www.ipasvi.roma.it.

E se l'evoluzione del nostro ordine professionale ci porta a pieno titolo in Europa, un'altra conquista proietta gli infermieri italiani all'avanguardia tra i colleghi dell'UE. Già perché l'attivazione della laurea specialistica in Infermieristica non è una conquista come le altre. Chiude un ciclo, un'intera stagione di lotte e di aspre battaglie. Le stesse per le quali tutti, proprio tutti, ci davano perdenti. E invece eccoci qua, professionisti a tutto tondo: formazione universitaria, alta specializzazione, competenza specifica, ricerca, autonomia, dirigenza, primi in Europa ad aver "agguantato" la laurea specialistica.

Liberi, finalmente liberi di scegliere, di predisporre la propria formazione ascoltando gli echi del cuore, le attitudini personali, l'interesse specifico di ognuno. E la nascita della Federazione Europea ci trova puntuali all'appuntamento con il futuro, consapevoli di poterci spendere e misurarci sul piano internazionale con un'offerta formativa post base che molti ora ci invidiano, dal master alla laurea specialistica. Non un obbligo né l'unica strada percorribile per un infermiere; piuttosto una serie adeguata di opportunità. Un plauso è doveroso agli infermieri e a chi li ha rappresentati.

A quanti hanno tentato di negarci questo diritto, a chi continua ad opporre resistenze assurde e anacronistiche alla crescita della nostra professione, a coloro che hanno provato a bloccare tutto, a complicarci la vita con criteri d'ammissione iniqui, limitazioni per l'accesso ai corsi e regole indecenti per l'attribuzione dei punteggi, a chi voleva rovinarci la festa, diciamo: attenzione, noi non ci arrendiamo. Insisteremo. E' un nostro vecchio "vizio"; siamo abituati a non demordere, allenati da decenni di lotte. Vogliamo crescere ancora e, alla faccia di chi ha paura degli infermieri, lo faremo.

LA SPIRALE DELL'ERRORE

di Pio Lattarulo e Massimiliano Martorana

**“ nun zai c’a lo spedale
sce se more?”**

da L’Ammalaticcio,
di Giuseppe Gioachino Belli

UN ROSETO E LE SUE SPINE...

Volendo trarre le somme dalla metamorfosi camaleontica che la professione infermieristica ha avuto grazie alla poderosa produzione legislativa prodotta in questi ultimi anni, a partire dagli effetti della L.341/90 e di tutte le altre norme che a vario titolo ci riguardano, ivi compresa la stesura di un ben fatto e rivoluzionario Codice di Deontologia, si potrebbe ragionevolmente affermare che gli sforzi fatti rendono ormai più visibile..il miraggio della consacrazione epistemologica della scienza infermieristica, e quindi del suo ingresso nel novero delle professioni intellettuali.

Il passaggio concettuale da assistenza ad assistenza infermieristica permette gradualmente l’ascesa di un sapere sempre più votato alla concretezza, l’affermazione di quel ruolo sociale che spetta ad una professione in divenire sul cui operato saranno sempre più, in futuro, proiettati i riflettori della comunità scientifica e sociale.

Ma come ogni roseto che cresce degno del suo nome...nonostante i ripetuti tentativi di potatura vanno considerate anche le spine che si insinuano

abilmente nella fioritura.

Ed allora ci si deve porre un ragionevole e quanto mai attuale quesito:

Gli operatori sanitari, e nel caso di specie gli infermieri sbagliano?

Il passaggio dalle conoscenze alla competenza nel corso degli anni ha contribuito a dare un volto nuovo al professionista infermiere, così come la conquista faticosa del proprio ambito di autonomia nell’operare e soprattutto nell’essere competenti e consapevoli nell’autovalutare il proprio operato.

Ma competenza ed autonomia, per forza di cose partoriscono responsabilità. Ed allora, non possiamo proprio esimerci dal rispondere all’imbarazzante domanda di cui sopra.

La riposta sarebbe già insita nell’affermazione: errare è umano. Ma, in che misura e perché si commettono errori dall’esito spesso infausto? A quest’altra domanda, forse, non tutti potremmo rispondere adeguatamente, ed in modo quanto mai obiettivo, senza una visione faziosa determinata ed influenzata dalla professione che svolgiamo.

La tematica è indubbiamente scottante. Per questo, merita una attenta e cauta riflessione nonché una trattazione che miri, senza la pretesa di essere esaustiva, non tanto alla costruzione di alibi da sfoderare al momento opportuno, quanto alla consapevolezza che sbagliare si può e che vi sono rimedi per prevenire, gestire ed arginare questi spiacevoli fenomeni che danno origine ad una spirale

dagli esiti spesso invalidanti e persino mortali.

NELLE CORSIE DEGLI OSPEDALI, PIU' DECESSI CHE NELLE CORSIE STRADALI

Allo stato, per l'analisi del fenomeno non si può prescindere dai dati prodotti dagli studi maggiori per dimensioni e per accuratezza metodologica che provengono dagli USA e dall'Australia.

Gli studi statunitensi sono due: nel primo, condotto nel 1984 su 30.121 pazienti ricoverati in 51 ospedali di New York, l'incidenza di eventi avversi iatrogeni era del 3,7%, di cui il 69% evitabili e il 13% ad esito letale. Nell'altro, condotto in Colorado e Utah su 15.000 pazienti, l'incidenza di eventi avversi evitabili era del 2,9% negli anziani (65 anni o più), di cui 2.96% fatali, e dell'1,58% nei non anziani, di cui l'1,94% fatali

Dati non lontani da quelli rilevati negli USA provengono dall'Australia (8% di eventi avversi potenzialmente evitabili in 14.179 pazienti) e dall'Inghilterra (10,8% eventi avversi su 1.014 pazienti ospedalizzati nel 1999, circa metà dei quali evitabili).

Nel 1999, negli Stati Uniti, è stato reso pubblico il celeberrimo rapporto dell'Institute of Medicine "To err is human: building a safer health system". Questo rapporto sconcertante dimostrava come gli errori clinici dall'esito infausto, oscillavano da un minimo di 44.000 ad un massimo di 98.000 in un anno, ancor più dei pazienti deceduti per incidenti d'auto (43.000); tumori al seno (42.000); per AIDS (16.000).

In Italia non disponiamo della mole di studi condotti nei paesi anglosassoni, né tantomeno della loro proverbiale capacità gestionale dei rischi, in parte frutto di una lunga tradizione come quella assicurativa.

Nonostante ciò, anche nella nostra penisola sono stati condotti degli studi altrettanto autorevoli.

Senza dilungarci ulteriormente in questa fiumana di cifre, basti pensare che si ipotizza che in Italia, ogni anno,

vengono ricoverate circa 8.000.000 di persone e di queste, il 4%, ben 320.000, riportano alla dimissione danni o malattie invalidanti da errori clinici o semplicemente da disservizi ospedalieri.

Inoltre, i decessi da errori clinici nel 2000 oscillerebbero tra i 30.000 e 35.000, pari circa al 6% del totale dei decessi avvenuti in Italia nello stesso periodo. Si è calcolato infine che in media ogni errore prolunga la degenza ospedaliera di almeno due giorni, facendo lievitare i costi tra 2.500 e 5000 euro in più per singolo ricovero. Va da sé che si debbano considerare anche quali oneri ulteriori, spese aggiuntive per il Sistema Sanitario Nazionale quantizzate nella cifra di 260 mln di euro l'anno, pari all'1% del Pil'.

Nel momento storico attuale, in cui l'Infermiere è chiamato ad assumere a vario titolo, sia nel coordinamento che nell'ambito clinico, formativo o di ricerca, la gestione di risorse, si può ben immaginare la responsabilità individuale, intendendo quest'ultima non solo nell'accezione negativa – ovvero del rispondere del proprio operato – ma anche della connotazione positiva cioè della valutazione dei risultati.

ERRANDO DISCITUR... OVVERO: SBAGLIANDO S'IMPARA

L'errore in medicina è un problema annoso la cui origine si perde nella notte dei tempi. Senza dilungarci in disquisizioni puramente accademiche e che meglio potrebbero costituire patrimonio della storia e filosofia della medicina, possiamo affermare che appare qualcosa di nuovo all'orizzonte.

La nuova frontiera sembra rappresentata dal **Clinical Risk Management**, termine di etimologia anglosassone che indica la **gestione del rischio clinico**.

Il semplice argomento dell'errore è considerato un atto "normale". E' comunque particolarmente importante cosa apprendere dall'errore e come adattarsi di fronte a tale evenienza. "Se raf-

frontiamo la medicina con altre realtà – ha spiegato James Reason, della Cattedra di Psicologia di Manchester – possiamo farci un’idea dell’ordine di grandezza di questo problema. Negli Stati Uniti un paziente ricoverato in un reparto di cure intensive può essere soggetto in media a due errori al giorno, e questo, se rapportato nel campo dell’aviazione, è l’equivalente di due atterraggi mal riusciti all’aeroporto di Chicago; oppure a 32 mila errori fatti nell’emettere assegni sul conto corrente sbagliato. Inoltre, negli Usa ci sono più persone che muoiono su (o per) veicoli trainati da cavalli piuttosto di quelli che viaggiano sugli aerei”

Dunque, gli operatori dell’assistenza sanitaria sbagliano più di altri impegnati in discipline di altra natura? “Personalmente ritengo di no – ha precisato il dottor Reason – in quanto ci sono delle condizioni nella professione medica e medico-sanitaria che rendono gli errori degli operatori molto più pericolosi di quanto non capitino in altri settori; e nonostante tutti i progressi medici, l’assistenza sanitaria e la medicina rimangono uno spazio empirico e gli errori sono inevitabili

È evidente che anche nelle professioni sanitarie lo scoglio più arduo è come sovente l’approccio culturale. Non esiste nessuno al mondo che involontariamente non abbia danneggiato un paziente, pur tuttavia si è in linea di principio molto ritrosi ad affrontare argomentazioni di questo genere in ambito medico.

Probabilmente, il problema nasce a monte, difatti nella formazione medica non si insegna agli studenti che, essendo anch’essi esseri umani, sono soggetti a



sbagliare. A questo proposito, lo psicologo inglese sostiene che, si potrebbe aggiungere molto ai programmi di studio delle Scuole Mediche, insegnando la natura dell’errore e la varietà dello stesso, ma anche, la ragione per cui possono accadere gli errori in modo da porvi rimedio e attuare delle misure di compensazione degli stessi.

Ma in che modo la medicina può imparare a convivere con l’errore? “Innanzitutto – ha precisato Reason – deve riconoscere che analogamente al resto della comunità umana i suoi rappresentanti sono fallibili, e devono quindi riconoscere la loro “fallibilità”. Il fatto è che gli errori vengono visti come l’unica causa di un evento drammatico, mentre loro stessi sono delle conseguenze in quanto a monte della professione e dell’organizzazione del lavoro. **Tutti elementi che**

contribuiscono (o possono contribuire) a generare l'errore: sia il medico, il farmacista, o l'infermiere non sono mai le uniche cause di un evento drammatico, ma spesso eredi di un qualche cosa che è stato presente nel sistema per molto tempo ...

Si tratta di considerare che esistono delle "trappole" che generano errori e, per stabilire questo, è necessario attivare un sistema di raccolta dati (osservatorio) molto preciso. Poiché fa parte della natura umana parlare dei propri errori, ammetterli con facilità, è importante al fine di progettare un sistema sanitario per persone "vere" non per gli esseri "ideali".

L'APPROCCIO SISTEMICO

La ricerca ha messo in evidenza in questi ultimi due decenni, come il problema della gestione dei rischi all'interno dei diversi contesti produttivi, abbia seguito un preciso percorso evolutivo che va dallo studio degli aspetti tecnici, a quelli umani e, da questi, a quelli organizzativi. L'errore che può comportare l'accadimento di incidenti, comincia ad essere considerato non solo in relazione alla componente meccanica o a quella umana considerate singolarmente, nell'ambito del processo produttivo in cui sono inserite, ma inizia a delinearci una prospettiva globale, sistemica, che prende in considerazione il modo in cui la presenza di elementi tecnici, elementi umani, di un certo tipo di organizzazione del lavoro possono favorire o impedire l'accadimento di incidenti. Si passa così all'era della concezione organizzativa dei fattori di rischio.

L'approccio sistemico considera e cerca di integrare in un unico quadro concettuale tutte le componenti che giocano un ruolo all'interno di un sistema organizzativo: oltre alla componente tecnica (strumenti, attrezzature, tecnologie, manuali, segnali, e tutti gli artefatti con cui il lavoratore interagisce durante lo svolgimento della sua attività) e l'uomo (considerato isolatamente, in teams di lavoro, o nel complesso delle interazioni cooperative) l'approccio si-

stemico si interessa anche agli aspetti organizzativi intesi come insieme di regole implicite o esplicite che stanno alla base dell'interazione tra l'uomo e il processo lavorativo in cui è coinvolto, alle pratiche operative, alle modalità di autoapprendimento e quant'altro giochi un ruolo nell'assicurare la sicurezza o l'insicurezza all'interno di un contesto lavorativo.

Sulla genesi degli errori in ambito nosocomiale, qualche anno fa, è stato pubblicato uno studio² che ne permetteva una macro classificazione in due grandi tronconi e, per ciascuno di essi, una classificazione delle cause più frequenti:

a) **Cause remote (latent errors)**

- 1) *Eccessivo carico di lavoro*
- 2) *Supervisione inadeguata*
- 3) *Struttura edilizia dell'ambiente di lavoro o tecnologie inadeguate*
- 4) *Comunicazione inadeguata tra operatori*
- 5) *Competenze o esperienza inadeguata*
- 6) *Ambiente di lavoro stressante*
- 7) *Recente e rapida modificazione dell'organizzazione del lavoro*
- 8) *Obbiettivi in conflitto*

b) **Cause immediate (active errors)**

- 1) *Omissione di un intervento necessario*
- 2) *Errori per scarsa attenzione, negligenza*
- 3) *Violazione di un procedimento diagnostico o terapeutico appropriato*
- 4) *Inesperienza in una procedura diagnostica o terapeutica definita*
- 5) *Difetto di conoscenza*
- 6) *Insufficiente competenza clinica*
- 7) *Insufficiente capacità di collegare i dati del paziente con le conoscenze acquisite*
- 8) *Difetti prescrittivi*

Da questa classificazione, tralasciando talune cause remote, si evince chiaramente come il margine d'inter-

2 C. Vincent et al., Framework for analysing risk and safety in clinical medicine, BMJ, (1998) 316: 1154-7



vento per apportare significativi cambiamenti nella gestione del rischio clinico, è di per sé molto ampio. Rappresenta quindi il prerequisito affinché si adoperi un valido strumento di gestione del rischio qual'è il Clinical Risk Management.

IL RISCHIO CLINICO: UNA GESTIONE PLURIDISCIPLINARE

Gestire la sicurezza, non consiste in questa prospettiva, nell'eliminare l'evenienza di errori umani considerati isolatamente dal sistema, ma analizzare ed eventualmente rimuovere le condizioni, all'interno del sistema stesso, che ostacolano una corretta interazione tra tutte le componenti che

ne concorrono alla realizzazione e al funzionamento.

La rilevazione, valutazione e gestione dei rischi clinici, si compie attraverso un'analisi quanto più globale del processo, che tenga debito conto di tutti i fattori e degli operatori che concorrono alla sua realizzazione. Poiché la gestione del rischio trova fondamento nella pratica quotidiana, non si può per ovvi motivi, non tener conto del contributo offerto dagli stessi operatori che a tale processo sono preposti. Ragion per cui, la condizione ottimale è rappresentata dalla formazione di un team o equipe multidisciplinare, in cui l'infermiere riveste un ruolo tutt'altro che marginale, per la realizzazione degli obiettivi che tale gruppo si propone nell'arginare e ge-

stire gli errori.

Quantunque la ricerca delle migliori evidenze disponibili per garantire la best current practice è un'opportunità irrinunciabile per omogeneizzare i comportamenti, e sequenzialmente ridurre al minimo le possibilità di errore, è utopico pensare che la metodica dell'Evidence Based Practice possa da sola garantire l'optimum.

E' quindi legittimo pensare in generale all'implementazione delle Unità per la Valutazione del Rischio Clinico, che collaborino assieme ad altre strutture quali l'Health Technology Assessment, non solo all'appropriatezza, ma anche alla riduzione dei rischi non solo per gli utenti, ma anche per gli operatori.

E' lapalissiano affermare che è più opportuno intervenire sulla prevenzione degli errori, piuttosto che su una mera valutazione giurisprudenziale ex post che oltre ad ottenere un risarcimento pecuniario certamente non compenserà mai il danno subito.

Siamo dunque professionisti responsabili e garanti delle nostre prestazioni e come tali, dobbiamo adoperarci affinché l'assistenza che eroghiamo generi gli outcomes desiderati, rispondenti alle reali necessità ed aspettative dell'utenza.

Non di rado infatti, nella pratica infermieristica si riscontrano errori clinici che, nei paesi anglosassoni, sono annoverati sotto l'accezione di **nursing malpractice**.

Il presente scritto ha potuto mettere

in luce soltanto una piccola parte degli strumenti a disposizione per combattere questi spiacevoli eventi avversi che generano ed alimentano una vorticoso spirale.

Occorre quindi una reale presa di coscienza, che induca lo sviluppo di una ricerca delle soluzioni più efficaci da adoperare caso per caso a fronte delle risorse a nostra disposizione, se si desidera realmente minimizzare questi accadimenti anziché continuare ad alimentarne roghi e perpetrare una fantomatica caccia alle streghe, atteso comunque il fatto che non possiamo che convenire con John Locke che disse: "La maggior parte delle nostre decisioni, e dei ragionamenti e le conoscenze che le accompagnano, non avviene nella chiara luce del giorno, ma nel crepuscolo delle probabilità".

AUTORE

*Pio Lattarulo, Infermiere DAI
DEA di II^ Livello – S.C. Anestesia,
Rianimazione e Terapia Antalgica
P.O. "SS. Annunziata" – Taranto –
Azienda Sanitaria Locale Taranto*

*Massimiliano Martorana,
Infermiere DAI
U.O. Pronto Soccorso – P.O. "Regina
Margherita" – Comiso
Azienda Unità Sanitaria
Locale Ragusa/7
Consigliere del Collegio Ispasvi
della Provincia di Ragusa*

in pillole

NON SOLO NEURONI

Il neurone come cellula suprema? Tutte le altre cellule attorno a lui sono lì solo per servirlo? Si tratta di una concezione che viene ora messa in discussione da osservazioni scientifiche più... "democratiche". Una ricerca condotta dal Salk Institute e pubblicata sulla rivista Nature, si è concentrata su particolari cellule presenti nel sistema nervoso: gli astrociti. Normalmente gli astrociti venivano considerati semplici cellule di

supporto per i neuroni, invece lo studio americano ha dimostrato che proprio queste cellule "istruiscono" le cellule staminali (quelle cioè che ancora non hanno raggiunto lo stadio di specializzazione) a svilupparsi e diventare neuroni veri e propri. La scoperta, limitata però ad una sola zona del cervello, l'ippocampo, potrebbe avere molte implicazioni nello studio dello sviluppo del sistema nervoso e forse nella rigenerazione di cellule danneggiate.

L'infermiere etico garante della funzione di advocacy verso il paziente in posizione di svantaggio sociale

DAI Alessandro Stievano

La funzione di advocacy esperita dall'infermiere post-moderno

La funzione *d'advocacy* (appoggio e difesa) è precipua della competenza relazionale ed etica dell'infermiere ed essa si manifesta:

- Essendo responsabili nel difendere i diritti, gli interessi e la dignità del paziente nell'interagire nella relazione terapeutica e aiutandolo, insieme alle persone per lui significative, a sviluppare attese realistiche verso se stesso.
- Incoraggiando l'utente ad essere consapevole delle proprie risorse e capacità nel processo di promozione della salute.
- Identificando insieme al paziente gli obiettivi dell'assistenza infermieristica e analizzando con il paziente i modi migliori per raggiungere gli obiettivi di salute.
- Riconoscendo il sistema di valori del cittadino utente nella determinazione degli obiettivi, evitando di imporgli i propri valori o quelli più diffusi nella comunità, evitando di considerarlo come un soggetto stigmatizzabile per alcuni comportamenti che ha tenuto o che tiene.

Nel nursing, il concetto di *advocacy* è familiare per tutti i professionisti infermieri da circa trenta anni quando i primi documenti, in lingua anglosassone, apparvero sulla scena mondiale; tanto è vero che è ricompreso in numerosi codici deontologici tra cui quello dell'ANA¹ (*American*

Nursing Association). Il termine di *advocacy* è interpretato comunemente in riferimento alla relazione infermiere-paziente secondo la nota affermazione di Curtin, che descrisse l'*advocacy* come il fondamento filosofico della relazione infermiere-paziente, [1979, p.2] e che affermava: "*..il fine ultimo del nursing è il benessere degli altri esseri umani*". Il termine *advocacy* è comunemente usato in un contesto legale nei paesi anglosassoni, ma lo stesso termine può essere traslato per l'infermieristica, infatti, Gates [1994] afferma che per *advocacy* s'intende: "*il supporto al paziente in tutte le situazioni assistenziali, per garantire i diritti e gli interessi del paziente in una sincera partnership dove gli infermieri vedono il paziente come un vero amico*". Questa definizione enfatizza la natura del rapporto infermiere-paziente ma è criticabile che un amico del paziente possa sempre agire nei migliori interessi del paziente stesso; questa definizione denota anche uno *shift* verso un atteggiamento paternalistico da parte dell'infermiere.

Kohnke [1990] definisce il concetto di *advocacy* più concisamente: "*il ruolo di advocacy consiste nell'informare e supportare il paziente in qualunque decisione assistenziale condivisa.....*".

Mitty [1988], invece, vede questo concetto principalmente come un'attività socio-politica che deve essere esperita dall'infermiere nei vari contesti assistenziali. Tale concetto socio-politico di *advocacy* fu inaugurato da Kosik [1972] che dichiarava:

“La professione infermieristica deve essere sempre più coinvolta, non solamente nelle relazioni infermiere paziente, ma anche nelle relazioni socio-politiche per mettere in pratica al meglio la funzione di appoggio e difesa del paziente”. Il concetto di *advocacy* si è andato così ampliando negli anni 80 e 90 specialmente per ciò che concerne l'accesso alle cure da parte di tutti i cittadini anche i più indesiderati socialmente. Pence [1994], ad esempio, specifica che gli infermieri devono riconoscere il loro obbligo morale di *advocacy* nelle riforme sociali e devono proteggere i cittadini da ogni sfruttamento della loro salute. Per Pence come per Jezewsky [1994], Andersen [1994], Keepnews & Marullo [1996] e Mohr [1996] la funzione di *advocacy* è un obbligo morale dell'infermiere basata sulla giustizia pubblica.

Comunque, sebbene le interpretazioni di questo concetto siano molteplici emergono in letteratura (tutta anglosassone) 4 principali modelli di *advocacy* infermieristica.

Modelli di advocacy nella letteratura infermieristica

- Il modello di advocacy per la conservazione dei migliori interessi per il paziente

Quest'approccio è tipicamente paternalistico. Chi, infatti, può dire quali siano le giuste decisioni per il paziente?

In quest'approccio le decisioni del professionista sono guidate dal paternalismo e dall'utilitarismo, sono azioni che sono giudicate per la loro utilità sociale, ma rispettano veramente gli interessi di autodeterminazione del paziente? E' il classico atteggiamento dell'infermiere che agisce per il bene del paziente con un paternalismo benevolo, ove l'infermiere è un fedele esecutore delle decisioni mediche e non un professionista autonomo responsabile della qualità dei servizi forniti con un suo campo d'autonomia sempre maggiore ben specifico e soprattutto dove il buon paziente è quello obbediente².

- Il modello di advocacy per il rispetto dei diritti umani del paziente.

Questo modello è basato sulla premessa che l'infermiere è in grado di informare il paziente dei suoi diritti umani fondamentali. Ciò, chiaramente, ha diverse ricadute fattuali sulla formazione infermieristica. L'infermiere secondo questo modello deve possedere solide competenze sulla giustizia, sulla solidarietà, sui diritti umani fondamentali, deve riconoscere la differenza sociale come una ricchezza.

Bisogna, inoltre, comprendere che conoscere i diritti umani è diverso dal favorire l'autonomia del paziente. Secondo Finnis [1980], il valore della vita include ogni suo aspetto che pone un essere umano in buona forma per la propria autodeterminazione. Per Finnis l'autodeterminazione della salute di ogni individuo e la promozione della salute permettono ai soggetti di essere consapevoli dei trattamenti assistenziali e di cura a cui vengono sottoposti. L'infermiere, assume in questo contesto, un ruolo informativo molto importante per la persona, rendendola consapevole del proprio vissuto di malattia in un'aperta e corretta modalità per massimizzare la sua autonomia decisionale.

- Il modello di advocacy per il rispetto dell'autonomia del paziente

Khonke (1990) propone questo modello di *advocacy*, che ha molti punti in comune con quello precedente, e identifica due principali competenze per l'infermiere competente socialmente: *informare il paziente e supportarlo nelle sue decisioni assistenziali*. Questo modello, comunque, offre poco supporto all'infermiere che assiste pazienti incapaci a comunicare (malati dementi, in coma, etc..), e la giustificazione dell'azione o non azione basata sul diritto del paziente all'autodeterminazione può portare a conflitti etici. Gadow [1989] descrive questo modello di *advocacy* esistenziale come un fondamento filosofico che caratterizza il nursing e lo differenzia dalle altre professioni sanitarie. Gadow [1980] descrive l'*ad-*

vocacy esistenziale come: "Qualcosa che è basata sul principio di autodeterminazione che è il migliore dei principi umani fondamentali".

Il core di ogni atto di *advocacy* esistenziale è quello di supportare l'individuo a diventare consapevole dei propri valori e desideri di salute attraverso un processo di autoesame. Gadow come Khonke sottolinea il bisogno degli infermieri di evitare il pericolo di imposizione delle loro scelte nel rapporto assistenziale. Aggiunge l'autore che gli infermieri dovrebbero integrare le loro conoscenze con quelle del paziente per arrivare ad un rapporto dialogico di mutuo scambio e promozione della salute.

Solamente rispondendo ai pazienti come esseri umani nella loro interezza psico-fisico-emozionale si può realizzare un'assistenza veramente olistica che è necessaria affinché avvenga l'autodeterminazione della migliore cura di sé del paziente. Gadow va anche oltre definendo l'*advocacy* esistenziale come la fondazione filosofica del nursing. L'*advocacy* esistenziale per Gadow è la partecipazione infermieristica con il paziente nel determinare il significato che quell'esperienza di salute, malattia, sofferenza o morte ha per quell'individuo. Essa è basata sul principio che la libertà di autodeterminazione è il più fondamentale dei diritti umani. Allora il

ruolo specifico dell'infermiere è assistere il paziente ad esercitare autenticamente la sua libertà di autodeterminazione. Esercitare autenticamente la propria libertà significa per il paziente raggiungere decisioni di salute che sono autentiche e riflettono i suoi valori. La responsabilità dell'infermiere di unificare ed integrare i punti di vista tra le esperienze di saltemalattia del paziente e il suo corpo per far raggiungere al paziente una completa autodeterminazione delle sue scelte assistenziali pone rilevanza, chiaramente, al ruolo e all'autorità dell'infermiere, e tutto ciò è in netto contrasto con le teorie di Parse³ [1981, 1998] o di M. Rogers⁴ che mettono l'*illness narrative* della persona in una posizione di preminenza come unità irriducibile, rispetto ad una supposta autorità infermieristica nel determinare il bene in una data situazione assistenziale.

Gadow analizza anche il modello di *advocacy* da utilizzare con il paziente incapace di comunicare i suoi desideri per le più svariate ragioni. I modelli di approccio utilizzabili dall'infermiere sono tre:

- Quando è possibile, bisogna ottenere informazioni sui desideri di salute del paziente prima che sia incapace di comunicare.
- Quando è possibile bisogna interagire con persone significative del paziente incapace di comunicare che erano consa-



pevoli dei suoi desideri di salute.

- Alla fine, quando nessuna delle due opzioni precedenti è praticabile, bisogna usare la propria soggettività etica come professionista.

- Il modello di advocacy per la giustizia sociale nei confronti di tutti i pazienti

Questo modello di *advocacy* è quello che interessa di più l'infermiere competente socialmente anche se i vari approcci, eccetto quello paternalistico, dovrebbero essere esperiti in integrazione, se i professionisti vogliono essere veramente gli "avvocati supportivi" del paziente. Questo modello connette elementi del modello dell'autonomia del paziente ed elementi del modello dei diritti umani ma allarga il problema preconizzando la correzione delle ingiustizie sociali che inficiano il rispetto, la dignità e i diritti dei pazienti ad un'equa distribuzione delle cure, dei servizi sanitari e dell'assistenza.

Questo aspetto è di pregnanza fondamentale per gli infermieri che nel loro rapporto con il paziente sono chiamati a trasmettere i valori della loro professione alla società.

Tra le varie attività specifiche che deve eseguire l'infermiere competente socialmente che esprima appieno la funzione di difesa e supporto del paziente possiamo annoverare:

- Le attività di counseling;
- L'alleviare i timori del paziente;
- Consolare i pazienti;
- Aiutare i pazienti a raggiungere decisioni consapevoli riguardo il loro stato di salute e il percorso assistenziale da seguire;
- Rappresentare il pensiero dei pazienti quando questi pazienti non si possono esprimere;
- Informare con dovizia di particolari i pazienti;
- Monitorare la qualità delle cure e dell'assistenza;
- Informare i pazienti e renderli consapevoli dei loro diritti;
- Assicurare i pazienti che i loro diritti di equità alle cure siano rispettati.

Gli infermieri post-moderni nella loro funzione d'*advocacy*, che non ha legami con un tipo di assistenza benevola e paternalistica, ma che, invece, ad esempio, seguono la teoria dell'uomo come essere *in divenire* di Rosemarie Rizzo Parse, rispettano l'individuo come soggetto informato, e sono consapevoli e rappresentano con forza il punto di vista del malato e delle persone per lui significative. Ma questa funzione infermieristica non è una competenza in più per il professionista bensì è un aspetto essenziale della professione infermieristica.

L'infermiere condivide le scelte del paziente con la convinzione che solamente il paziente informato sa cosa sia bene per lui.

Paradigmatico di questa prospettiva d'*advocacy* infermieristica è il caso di un paziente con distrofia muscolare che da molti anni interagisce continuamente con operatori sanitari a causa del suo stato di malattia. La sua storia mette in luce l'importanza di ascoltare e rispettare l'individuo come principale attore del suo processo assistenziale. Il paziente afferma che durante le esacerbazioni della sua malattia il non rispetto dei suoi desideri e dei suoi diritti nelle sue decisioni di cura è palpabile. Mc Curdy [1997] afferma che decisioni unilaterali basate su cosa sia meglio per lui, perseguite da operatori sanitari, che operano, magari inconsciamente, secondo un modello biomedico dominante, sono frequentissime e per comprenderlo basta ascoltare questa sua affermazione " *Troppo spesso un dottore o un'infermiere entra nella mia stanza e parla con altri professionisti o con un membro della mia famiglia piuttosto che a me. Gli infermieri hanno spesso ordinato per me in un ristorante, fatto richieste per me nei centri commerciali e rimproverato il custode del mio stabile perché l'ascensore non funzionava e non potevo arrivare facilmente nel mio appartamento. Tutto questo in nome della mia salute. Queste azioni non sono solo degradanti per la mia stima personale, ma minano le mie interazioni sociali facendomi percepire che i miei bisogni sono così gravi da rendermi quasi invisibile e irrilevante per la società*".

A questo punto sorge spontanea una

domanda quante volte gli infermieri e gli altri operatori sanitari agiscono per il bene del loro assistito senza sapere effettivamente cosa vuole in quel momento quella persona? Si potrebbe rispondere con una battuta che l'individuo, talvolta, ha più controllo sulla sua automobile che sul suo corpo, quando entra in un istituzione sanitaria. La funzione d'*advocacy* che va oltre il tradizionale modello biomedico afferma che in ogni situazione assistenziale l'infermiere dovrebbe essere veramente empatico con le persone che assiste così da illuminare i loro significati di salute-malattia e aiutarli a sincronizzare i loro cambiati ritmi di vita.

La funzione di advocacy nel nursing problemi e controversie: alla ricerca di un giusto equilibrio

Esiste un ampio dibattito nella letteratura internazionale che ruota intorno a delle questioni cardine per la funzione di *advocacy* infermieristica e ci si chiede se questa funzione viene esperita al meglio dall'infermiere nei vari contesti assistenziali dove esplica il suo lavoro e cosa significa per gli infermieri essere difensori supportivi dei pazienti.

Da una revisione della letteratura anglosassone appare che il dibattito etico e professionale sia ben sviluppato malgrado la mancanza di ricerche qualitative esaurienti che esplorino dettagliatamente questo *talking point*. Ad esempio gli studi su cosa gli infermieri indichino come *advocacy*, su come esperiscano questa competenza come professionisti autonomi e su come i pazienti hanno ricevuto e percepito questo aiuto dell'infermiere sono temi con pochi dati in letteratura. Comunque, il ruolo di *advocacy* infermieristica è tenuto in gran considerazione dal punto di vista professionale mentre altri studi evidenziano conflitti e limitazioni nel ruolo dell'infermiere come difensore supportivo dell'altro.

Giorgi [1985], in uno studio empirico, ha evidenziato quattro caratteristiche fondamentali della funzione di *advocacy* infermieristica.

L'infermiere che esprime al meglio

questa funzione è un "*competent knower*", cioè conosce bene la *illness narrative* della persona che prende in carico. E' un "*competent doer*", l'infermiere agisce a favore del cliente secondo le sue richieste, ricoprendo un ruolo di *in-between*⁵ tra i desideri del cliente e le migliori strategie assistenziali e di cura.

Inoltre, l'infermiere *advocacy competent* è percepito come un *humanizer* cioè come un professionista componente di un'équipe assistenziale che interviene a favore del paziente, lo incoraggia e lo tratta come persona portatrice di valori etici specifici, che cerca di capire fattivamente la prospettiva di vita dell'altro, e si rende disponibile ogni volta che il paziente lo richieda.

Ruolo fondamentale nella funzione di *advocacy* lo ha, quindi, per Giorgi, l'infermiere come *comunicatore* e *tramite* tra progetto di cura medica, progetto di assistenza infermieristica e paziente. Questa competenza può essere assolta scambiando informazioni continue tra medico o équipe medica, paziente, persone significative del paziente ed équipe infermieristica, in un rimando di connessione continua, per tenere il paziente sempre informato. Tale competenza specifica del ruolo relazionale infermieristico nella realtà italiana dovrebbe essere considerata nella giusta maniera.

Una critica che viene fatta alla funzione di *advocacy* dell'infermiere è quella della sua mancanza di autonomia professionale verso le istituzioni per le quali lavora e perciò si dice che egli può solo agire nei migliori interessi dell'istituzione piuttosto che per il paziente.

Un'altra critica è quella che anche quando gli infermieri esperiscono al meglio questa competenza le loro azioni sono basate più sulle loro convinzioni morali personali piuttosto che in vera integrazione dialogica con altro. In questo modo il professionista infermiere fallisce di assumere quel ruolo di mediatore assistenziale, di *in-between* tra istituzione e paziente che è una caratteristica, invece, anche per la sua vicinanza empatica continuativa con il malato, che lo dovrebbe distinguere da altri professionisti sanitari.

Ancor più non etico è l'atteggiamento

di presentare alcune decisioni del trattamento come quelle più appropriate per il bene del paziente senza discuterne approfonditamente con lui.

In uno studio qualitativo, utilizzando il metodo dei focus group di Maggie Mallik [1997] si è esaminata l'interpretazione di *patient advocacy* da parte di un gruppo di infermieri in Gran Bretagna.

I risultati hanno permesso di sviluppare un modello triadico d'*advocacy* nel quale interagivano l'interessato, l'infermiere e il medico in una risultante che risultava spesso conflittuale per l'infermiere tra interessi contrapposti. Comunque, malgrado queste situazioni difficili, le richieste del paziente, la paura del paziente, la vulnerabilità del paziente o la minaccia dei suoi diritti umani provocavano sempre un rispostata d'*advocacy* da parte dell'infermiere.

In conclusione, possiamo affermare che ogni situazione assistenziale chiama l'infermiere ad essere coerente tra teorie, desiderio d'aiuto ed esperienza pratica.

L'infermieristica è una disciplina tipicamente prescrittiva e per aiutare veramente gli utenti, secondo la loro prospettiva di percorso assistenziale, è necessario mediare con il dialogo, gli aspetti conflittuali, che si possono verificare nelle relazioni complesse di cura, tra équipe medica, équipe infermieristica e desideri del paziente, ma ponendo sempre il paziente come primo attore del suo processo di salute.

Potrebbe essere questo il giusto equilibrio.

AUTORE

Dr. DAI Alessandro Stievano
C.T.O. ASL RM C Dir. Infermieristica

Note di riferimento:

1. *L'American Nurses Association* è un'organizzazione professionale infermieristica che rappresenta 2.700.000 infermieri in tutti gli Stati Uniti d'America attraverso le sue 54 organizzazioni federali costituenti e le 10 organizzazioni infermieristiche affiliate tra cui *L'American Nurses*

Foundation, l'America Academy of Nursing e *l'American Nurses Credentialing Center*. E'anche l'unico sindacato di categoria negli Stati Uniti. *L'American Nurses Association* promuove la crescita professionale, perseguendo elevati standards qualitativi, promuovendo il benessere economico e generale degli infermieri nei luoghi di lavoro, promuovendo una realistica e positiva prospettiva delle scienze infermieristiche, partecipando alle attività del Governo statunitense sulle politiche socio-sanitarie del paese a favore dei cittadini e degli infermieri.

L'American Nurses Association è in prima linea per sostenere le iniziative politiche riguardanti le riforme sanitarie.

Tra i punti fondamentali della sua politica abbiamo:

- Un sistema socio sanitario che dia importanza all'assistenza di base e sul territorio;
- Un ruolo professionale e sociale di più rilevanza per gli infermieri nel prestare assistenza di base ed avanzata;
- Ottenere fondi federali per l'educazione infermieristica.

2. Il buon medico, nella stagione dell'etica pre-moderna in medicina, era considerato il paziente obbediente, con una buona *compliance* al programma terapeutico. Oggi il buon paziente, è il cliente giustamente soddisfatto e consolidato, anche se per alcuni professionisti il buon vecchio paziente, sempre obbediente al buon medico, è il miglior paziente. Per un'attenta disamina delle stagioni etiche in medicina cfr. Spinanti S., *Bioetica e Nursing*, McGraw-Hill, 2001, Milano.

3. Rosemarie Rizzo Parse, professore emerito d'infermieristica e *Niehroff Chair* alla *Loyola University* di Chicago è una delle più importanti teoriche esistenzialistico fenomenologiche nel nursing. La sua teoria dell'essere umano in continuo divenire trae le sue origini dal pensiero di M. Rogers, M. Heidegger, J.P. Sartre, M. Merlau-Ponty. Fondatrice dell'Istituto "*L'essere umano in divenire*", ha scritto numerosi libri ed articoli di ricerca. E' direttrice e presidente della rivista infermieristica, che si occupa di problemi filosofico epistemologici nel nursing, *Nursing*

Science Quarterly. La sua teoria è enunciata soprattutto nei testi: Parse, R. R. (1981). *Man-living-health: A theory of nursing*, New York, Wiley, e Parse, R.R. (1998). *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals*, Thousand Oaks, California, Sage Publications.

4. M. Rogers una delle fondamentali teoriche infermieristiche dello scorso secolo ha esplorato il discorso dell'uomo come essere umano unitario che ha definito come: "L'uomo è un intero unificato che possiede una sua integrità e che manifesta caratteristiche che sono maggiori e diverse della somma delle sue parti". Per un approfondimento del pensiero di Martha Rogers si veda il suo testo fonda-

mentale del 1970 "An introduction to the theoretical basis of nursing". Trad.it, Zanotti R. (a cura di), *Fondamenti teorici del nursing*, Martha E. Rogers, Summa Edizioni, 1991, Padova.

5. Per *in-between* si intende il particolare ruolo di mediatore, che l'infermiere viene ad assumere per il suo specifico professionale. Ruolo che, in ragione della continuità assistenziale, spesso gli permette di essere la persona che trascorre il maggior tempo con il malato, e quindi, diventa la persona che fa da tramite e da "avvocato supportivo" tra quelle che sono le sue esigenze morali e fisico-psicologico-sociali più recondite del paziente e l'istituzione sanitaria con le sue norme e le sue regole.

bibliografia

Andersen S.L., *Patient advocacy and whistle-blowing in nursing: help for the helpers*, in "Contemporary leadership behaviour: selected readings", Lippincott, Philadelphia, pp. 175-184, 1994.

Curtin, L. L., *The nurse as advocate: A philosophical foundation for nursing*, in "Advances in Nursing Science", 1, 3, pp. 1-10, 1979.

Finnis J., *Natural law and natural rights*, Clarendon Press, Oxford, 1980.
Gates B., *Advocacy: a nurse guide*, Scutari Press, London, 1994.

Gadow S., *Existential advocacy: Philosophical foundation of nursing*, in Spicker S.F., Gadow S., "Nursing, images and ideals: opening dialogue with the humanities", Springer, New York, 1980.

Gadow S., *Advocacy nursing and new meanings of ageing*, in "Nursing Clinics of North America" 14, 1, pp. 81-91, 1989.

Giorgi A., *Sketch of a psychological phenomenological method*, in Giorgi A., "Phenomenology and Psychological Research", Dusquesne University Press, Pittsburgh, 1985.

Jezewski, M. A., *Culture brokering as a model for advocacy*, in "Contemporary

leadership behaviour: selected readings", Lippincott, Philadelphia, 4th ed., pp. 165-174, 1994.

Keepnews D., Marullo G., *Policy imperatives for nursing in an era of health care restructuring*, in "Nursing Administration Quarterly", 20, 3, 19-31, 1996.

Kohnke, M.F. *The nurse as advocate*, in "American Journal of Nursing", 80, 11, pp. 2038-2040, 1990.

Kosik S. H., *Patient advocacy or fighting the system*, in "American Journal of Nursing", 72, pp. 694-698, 1972.

Mallik, M., *Advocacy in nursing - perceptions of practising nurses*, in "Journal of Clinical Nursing" 6, 4, pp 303-313, 1997.

McCurdy A.H., *Mastery of life*, in "The patient's voice: experiences of illness", F.A. Davis, Philadelphia, pp. 8-17, 1997.
Mitty E.L., *The nurse as advocate: issues in LTC*, in "Nursing & Health care", 12, 10, pp. 520-523, 1988.

Mohr W. K., *Ethics, nursing, and health care in the age of "re-form*, in "N & HC: Perspectives on Community", 17, pp. 16-21, 1996.

Pence T., *Nursing's most pressing moral issue*, in "Bioethics Forum", 10, 1, pp. 3-9, 1994.

L'analisi dei carichi di lavoro e la determinazione del fabbisogno di personale nella centrale operativa provinciale 118 di Roma

di Daniele Di Micco

“Abbiamo identificato nell’Operatore di Centrale una parte essenziale, anche se spesso trascurata, del sistema dei servizi di emergenza sanitaria. Qualsiasi organismo che implementa un sistema di emergenza medica dovrebbe provvedere ad un addestramento formale dell’Operatore di Centrale, e rendere obbligatorio l’uso di protocolli medici mirati a stabilire le priorità di invio dei mezzi e degli equipaggi di soccorso, e ad includere in tali protocolli le istruzioni pre-arrivo per il controllo della pervietà delle vie aeree, per le manovre di distruzione delle vie aeree da corpo estraneo, e per la rianimazione cardiopolmonare via telefono.”

AMERICAN HEART ASSOCIATION
“Standards and guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care”
JAMA 1992; (268:2171-2302)

PREMESSA

Analizzare la tematica del carico di lavoro nella Centrale Operativa Provinciale 118 di Roma per tentare di giungere all’elaborazione di un *modello* organizzativo secondo il quale determinare il calcolo del fabbisogno di personale necessario, è una delle necessità che un moderno ed efficiente Servizio di Emergenza Sanitaria deve saper interpretare per meglio rispondere alle innumerevoli e mutevoli esigenze della cittadinanza, anche per

valutare le ricadute che si producono sull’organizzazione del lavoro. Dalla traduzione dei tratti delineati e dall’individuazione degli indicatori che rappresentano i *punti di crisi* sarà possibile, ragionevolmente, cercare di studiare le opportune iniziative ed azioni di gestione che potranno, se non eliminare del tutto le eventuali incongruenze, quantomeno ridurre o abbattere la frequenza degli eventi indesiderati e la loro sopravvenienza, nonché individuare gli opportuni correttivi volti alla messa a norma dell’*outcome* erogato secondo parametri qualitativi accettabili.

Tale esigenza si pone giacché, sovente, balzano all’attenzione dei *media* episodi di disservizi generati da presunte *discrasie* organizzative – molte di queste attribuite all’azione di gestione della Centrale Operativa Provinciale 118 di Roma – *défaillance* che evidenzierebbero la presenza d’elementi di debolezza e d’instabilità nel Servizio ignoti, sottovalutati o celati.

Anche per un tentativo di contribuire alla ricerca delle ragioni non pregiudiziali né sommarie a tali fenomeni, si evidenzia quindi l’esigenza di comprendere appieno la reale complessità dei processi di lavoro di quest’Unità Operativa che, come universalmente considerato dalla letteratura nazionale ed internazionale scientifica in materia, si pone come primo e decisivo centro nevralgico ed altamente critico dell’intero sistema di soccorso sanitario.

L'oggetto del presente studio sarà esclusivamente centrato sul carico di lavoro espresso in termini puramente analitici dei quantitativi dei flussi telefonici entranti in Sala, mentre si rimanda ad altra sede una più ampia valutazione sui caratteri d'*appropriatezza* della risposta e analisi della qualità erogata, compito certamente non di sola stretta pertinenza dello scrivente bensì riservato ad un ambito di professionalità senz'altro più vasto e specialistico.

Occorre anzitutto puntualizzare che la Centrale Operativa Provinciale 118 di Roma, fin dal 1999 ha vissuto numerosi cambiamenti dovuti alle continue modifiche - se non veri stravolgimenti - della propria organizzazione del lavoro. Questi hanno indubbiamente *pesato*, in varia misura, sulla sua funzionalità e, non ultimo, hanno prodotto una serie di ricadute sul Personale che vi opera, e che andremo a vedere quanto queste possano aver influito sui livelli della *performance* espressa.

Si deve inoltre porre l'accento sulla **risorsa-personale** che - come in qualunque altra U.O. - è da considerarsi davvero *critica* nella Centrale Operativa Provinciale 118: il fattore Operatori, nella Sala, è elemento decisivo poiché esso, in buona parte, determina le condizioni per la piena efficacia/efficienza della risposta da erogare. Esso tende ovviamente a influenzare gli effetti dell'azione di gestione delle proprie attività. Sarà interessante, su questo punto, svolgere delle **considerazioni conclusive** al ragionamento proposto.

La pianta organica e la determinazione del fabbisogno di personale.

La dotazione organica della Centrale Operativa 118 deliberata dall'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini prevede 60 Operatori (di cui 48 Infermieri e 12 Amministrativi provenienti dalla Centrale Operativa del Servizio di Pronto Intervento Cittadino, seppur ad esaurimento). Al momento (luglio '04) si

conta l'assenza dall'operatività di ben nove unità e la presenza *in forza* di 54 (di cui due in *part-time*). La sopraccitata condizione genera, inevitabilmente, un costante e sensibile aumento della quota *pro-capite* di straordinario mensile (con punte di 100 ore) e un aggravamento dei livelli di stress cui il Personale è sottoposto.

In un raffronto degli accessi telefonici in entrata fra tre periodi temporali omogenei presi in esame (1° sem.'02/1° sem.'03/1° sem.'04) spicca l'incremento che si è osservato tra i primi due periodi analizzati, e tra il secondo e il terzo (tabella 1):

PERIODO ESAMINATO	CHIAMATE AFFERITE*1	INCREMENTO
1/1/02-30/6/02	338.031	
1/1/03-30/6/03	367.142	+ 8,61%
1/1/04-30/6/04	387.269	+ 5,48 %

Tab.1 Raffronto traffico telefonico in entrata

In questo studio è individuato quale indicatore *critico* il numero di chiamate che afferiscono alla Centrale Operativa 118 poiché espressione del *carico* d'utenti che, per diverse ragioni, interpellano il 118 (in parole più semplici, il numero di coloro i quali "*bussano alla porta*" del Servizio). Infatti, è proprio tale elemento - e non già il numero di soccorsi effettuati - che rende meglio l'idea su quanto si ampli la conoscenza dell'esistenza del 118 col passar del tempo - anche se molte delle chiamate (circa 2/3) non si traducono in interventi di soccorso - e di quanto aumenti, annualmente, il *trend* di telefonate in entrata da gestire (vedremo più avanti quali ricadute rischia di provocare quest'ultimo dato).

A fronte di detti dati, per quanto attiene la dotazione mensile d'Operatori *in forza* (ovvero quelli effettivamente operanti ed escluse le c.d. "*lunghe assenze*") si osservino le variazioni, in valori assoluti, comparate tra il primo e il secondo periodo e tra il secondo e il terzo che queste hanno registrato (tabella 2).

PERIODO ESAMINATO	MEDIA MENSILE OPERATORI IN FORZA	INCREMENTO
1/1/02-30/6/02	53,1	
1/1/03-30/6/03	53	- 0,1
1/1/04-30/6/04	53,3	+ 0,3

Tab.2 Raffronto media mensile Operatori in forza

Nella tabella 3 si riporta invece la quantificazione del Personale individuato dalla disposizione del Direttore della Centrale Operativa Provinciale 118 di Roma sulla determinazione degli *standards* giornalieri da garantire per la necessaria attività di Sala, ove si osserva il particolare rinforzo previsto durante i

fabbisogno di Personale delle Centrali Operative 118. Tuttavia è possibile, semplicemente a livello di confronto (ma questo può bastare, se si vuol rendere l'idea) adottare il modello proposto dalla Regione Emilia-Romagna nella Delibera di Giunta Regionale 2003/1349 "Piano Sanitario Regionale 1999/2001- Approvazione di linea guida per il sistema di emergenza urgenza sanitaria territoriale e Centrale Operative 118 secondo il modello Hub and Spoke". In tale atto è considerata "sulla base dell'esperienza... adeguata la dotazione di un

GIORNO SETTIMANALE	N° OPERATORI DIURNO MINIMO	N° OPERATORI DIURNO MASSIMO	N° OPERATORI NOTTURNO MINIMO
Domenica-Giovedì	11	13	9
Venerdì-Sabato	11	13	10

Tab. 3 Standard di presenza giornaliera

turni notturni del fine settimana*2:

Occorre sottolineare che il pressoché stabile numero d'Operatori *in forza* a disposizione delle attività operative (tab.2) – cui occorre sempre detrarre il personale assente per ferie e malattia - pregiudica seriamente il mantenimento dei livelli sopradescritti, con eguale sofferenza sia nella fascia oraria diurna che in quella notturna.

La conseguenza che si determina è di una costante difficoltà a raggiungere i 13 Operatori individuati quale livello massimo dello *standard* diurno, mentre per arrivare a quello minimo (11) è sempre più frequente il ricorso agli ordini di servizio. Tali occasioni, com'è facile immaginare, sono vissute dal Personale con estremo nervosismo e contribuiscono a rendere il clima di lavoro ostile ed estraneo.

Questi dati assumono maggior valenza se si affronta il seguente ragionamento: il quadro normativo italiano e regionale, e la letteratura scientifica in materia, sconta l'assenza d'indicazioni e criteri di dimensionamento delle dotazioni organiche e di determinazione del

Operatore di Centrale nella fascia oraria diurna ogni 200.000 abitanti..." mentre "in fascia notturna, in relazione al minor numero di chiamate... può essere sufficiente un Operatore ogni 3-400.000 abitanti", anche se non è specificato se tale parametro s'intende dedicato alla sola funzione di ricezione delle chiamate di soccorso. Fatti i debiti calcoli, considerata la sola popolazione censita nell'intera Provincia di Roma (3.700.424 abitanti *3) in funzione di tale indicatore dovrebbero essere presenti, nelle ore diurne, ben 18,5 Operatori, mentre nelle ore notturne tra i 9 e i 12, secondo quale valore numerico si assume come parametro. Se ne deduce che nella provincia romana sarebbero presenti, nelle ore diurne e nelle giornate di massima presenza degli *standards*, 1 Operatore per ogni bacino di 284.648 residenti, mentre nelle giornate ove invece il numero d'Operatori è minimo, ovvero 11, il bacino per Operatore arriva alla quota di 336.402. Tale calcolo, effettuato sul numero di presenze medie diurno degli Operatori (12), vede loro assegnato un bacino d'utenza ciascuno di 308.368 residenti (tab.4). Ragionando su quest'ultimo indicatore

medio, se ne deduce che ogni Operatore presente, oltre che per se stesso, lavorerebbe per un altro 0,5: vale a dire, in

OPERATORI TOTALI	RAPPORTO OPERATORE/BACINO
11	336.402 ab.
12	308.368 ab.
13	284.648 ab.

Tab.4 Rapporto totale Operatori/bacino afferente

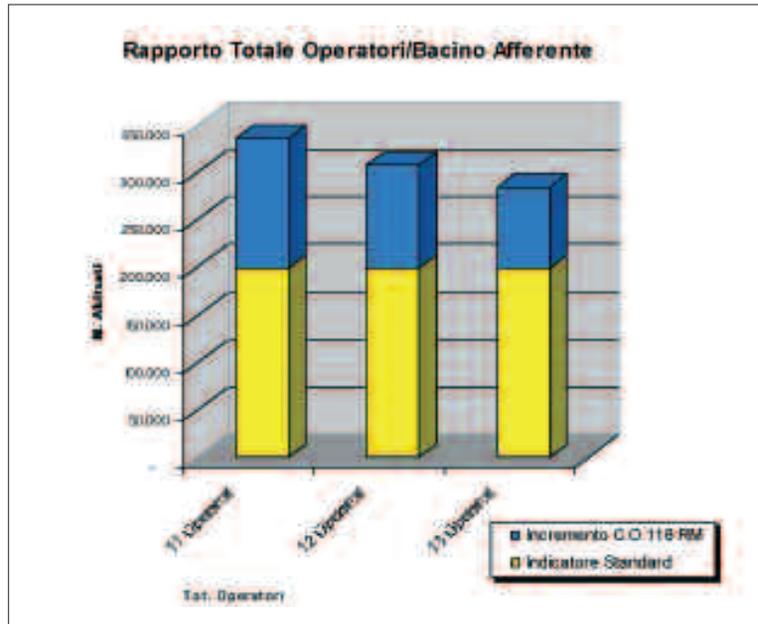
OPERATORI TRIAGE	RAPPORTO OPERATORE/BACINO
6	616.737 ab.
7	528.632 ab.
8	462.553 ab.

Tab.5 Rapporto Operatore triage/bacino afferente

Inoltre, deve essere rilevato che tutti questi calcoli non tengono conto dei pendolari, dei non residenti a vario titolo e della popolazione extracomunitaria non censita.

Da qualunque prospettiva si osservassero questi dati, parrebbe in ogni caso una sola la conclusione alla quale non si potrebbe non giungere: la dotazione organica della Centrale Operativa Provinciale 118 di Roma appare inadeguata e sottostimata alle necessità dell'utenza.

In questa sede, si omette di valutare le ricadute in termini di code telefoniche e di chiamate abbandonate conseguenza dei dati sopracitati, nonché i rischi legati ai possibili disservizi che queste generano, ma che sono facil-



poche parole, che ogni 2 Operatori farebbero per 3.

Viepiù, occorre tenere presente che l'organizzazione delle attività nella Centrale Operativa Provinciale 118 di Roma è distinta in due aree - *triage* e *dispatch* - di cui solo nella prima si esegue attività di ricezione con massimo otto Operatori nelle ore diurne mentre nella seconda ve ne sono addetti a compiti fissi altri quattro (più un referente di turno). In questo caso, se si applicasse il sopradescritto ragionamento al numero effettivo d'Operatori addetti a funzioni di ricezione delle chiamate - secondo lo standard *min* e *max* previsto - il bacino d'utenza ascritto ad ogni Operatore subirebbe un'ulteriore, ancor maggiore significativa dilatazione (tab.5):

mente immaginabili. Altresi, vale la pena di ricordare che ogni Operatore deve godere, ai sensi della vigente normativa per i lavoratori addetti ai videoterminali, di pause dal lavoro pari a 15 minuti ogni due ore: tale elemento, com'è evidente, influenza significativamente la dotazione organica d'Operatori presenti in ogni turno di servizio, data la necessità di mantenere costantemente attivi il numero di punti di *triage* e *dispatch* (si noti che in un turno di sette ore, ogni Operatore deve godere di 52,30 minuti di pausa)*4.

A questo punto è d'obbligo aggiungere la seguente considerazione: se è vero che il criterio di dimensionamento sopra adottato ha valenza di linea-guida, in altre parole di "raccomandazione" (e quindi non vincolante), è pur vero che esso è l'unico modello esperienziale,

come già detto, al quale poter fare riferimento, vista l'assenza d'altra normativa. Oltretutto, esso si richiama ad una realtà – quella emiliano-romagnola - ove tale indicatore, frutto dell'esperienza maturata in quel territorio, è *tipizzato* per quel contesto e vale ovviamente in quello specifico ambito (come prudentemente emerge anche dagli estensori). Tuttavia è proprio quest'ultimo elemento che dovrebbe far ulteriormente riflettere: nelle Regioni del nord del Paese – la maggior parte - dove da anni è in funzione il numero unico 118, si è data adeguata informativa alla cittadinanza tramite efficaci campagne pubblicitarie sul corretto uso del Servizio. Inoltre, la rete dei servizi sanitari che sta *a monte* del 118 (Medici di Medicina Generale, Servizi Territoriali) sembra essere, nella funzione di "*filtro*" agli accessi ospedalieri, meglio organizzata. Se quindi, per vari motivi, la realtà emiliana è certamente molto meno complessa di quella romana (non si dimentichino le numerose manifestazioni di massa e maxi eventi che si succedono nel vasto palcoscenico romano, soprattutto nella stagione estiva), si può forse considerare quell'indicatore preso in esame come accettabile, se non addirittura inadeguato per la provincia nostrana.

Ebbene, ai fini di un'ottimale quantificazione del fabbisogno di Personale, anche volendo considerare insufficiente il parametro adottato (rapporto operatori/abitanti) – e tale osservazione avrebbe senz'altro una certa pertinenza - potrebbe non essere peregrino integrarlo con altri indicatori. L'opportunità potrebbe essere costituita dall'affidare il compito ad un Ente esterno (non referenziale) come ad esempio la Facoltà di Scienze Statistiche dell'Università di Roma, fondato anche su un'analisi del dato storico delle code telefoniche, delle chiamate abbandonate e dei tempi di risposta. L'associazione con un'indagine svolta dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio sulla *pesatura* per *tipologia* delle telefonate (durata per interventi di soccorso, durata per paz.

psichiatrici, ecc.), comparato con il dato storico disponibile d'incidenza dei fenomeni patologici acuti distribuito sulla popolazione (per fasce d'età, per territorio, ecc.) potrebbe determinare risultati fondati su un valido approccio scientifico, modulati sulla peculiarità romana e laziale.

Considerazioni conclusive

Per meglio comprendere gli elementi che concorrono a influenzare i carichi di lavoro nella Centrale Operativa Provinciale 118 di Roma occorre brevemente citare alcuni altri "temi".

La **rotazione** del Personale della Sala e lo scambio con quello dei mezzi di soccorso, come già da tempo rappresentato, consentirebbe al personale d'entrambi gli ambiti operativi di venire a conoscenza dei reciproci contesti di lavoro e abbatterebbe la conflittualità.

Anche la **logistica**, cioè la strutturazione della Centrale concepita *a box*, vale a dire con criteri oramai superati, dovrebbe essere rivista e lasciare il posto ad una ristrutturazione ispirata alle moderne filosofie di "*open space*", che consentirebbero – oltre ché una maggior vivibilità e fruibilità degli spazi - anche una maggior integrazione tra gli Operatori. A tale proposito, molti *call-center* di recente istituzione (anche nelle Pubbliche Amministrazioni) vanno evolvendosi in *contact-center*, in un'ottica di continuo perseguimento della massima fidelizzazione e personalizzazione del rapporto con l'utente. Le **politiche formative** – dalle quali non si può prescindere – dovrebbero essere maggiormente orientate ed esaltate a far acquisire al Personale della Sala, oltreché i necessari aggiornamenti sulle tecniche di *triage* e *dispatch*, anche nozioni sulle tecniche di rapporto con il pubblico e di promozione degli incontri con il Personale delle altre Centrali Operative degli Enti Istituzionali dell'Emergenza, per favorirne la conoscenza e l'integrazione (ed abbatterne anche qui la conflittualità).

Altro elemento dirimente è caratte-

rizzato dal **mandato istituzionale del 118**:

nel tempo non si è mai compiutamente chiarito quali compiti dovesse assolvere il 118. E la Centrale Operativa Provinciale di Roma si è trovata a far fronte, con le proprie forze, ad una vasta serie di domande di carattere socio-sanitario della cittadinanza, soprattutto non d'emergenza (cioè d'informazione e orientamento, nei casi d'assenza del Medico di Famiglia o nei casi di carattere sociale, ecc.). L'elemento dell'*inappropriatezza* delle chiamate che giungono ai centralini della Sala (solo 1/3 di queste sono riferite ad interventi di soccorso), è evidente. Ma le pur comprensibili sofferenze della rete dei Servizi di base che stanno a monte del 118, hanno finito per trasformare il Servizio in una sorta d'*ultima chance*

per i cittadini, che vi riversano diffuse esigenze dal carattere più vario (da quelle igienico-sanitarie a quelle sociali, financo veterinarie). Però la Centrale Operativa Provinciale 118 di Roma non può continuare a rispondere "a tutto", perché la domanda di protezione sanitaria nella popolazione aumenta e si trasforma con l'avanzare



della complessità sociale anche alla luce delle *nuove emergenze* che emergono (come il rischio terrorismo). Quindi, si deve porre già adesso l'interrogativo di come governare il *trend* continuamente in crescita delle chiamate afferenti che in pochi anni, se non si correrà ai ripari, arriverà a toccare il milione di telefonate l'anno, vedrà in altre parole un cittadino su quattro rivolgersi al 118: una tendenza che davvero si può pensare - nella più ottimistica delle previsioni che vi siano le risorse - di risolvere semplicisticamente con l'aumento di personale al telefono? Anche laddove si adottasse

1* Fonte dati 118

2* Nota prot. 2078 del 23/10/2002 Dott. Pietro Pugliese

3* Fonte: I.S.T.A.T.- Dati definitivi del 14° Censimento Generale della Popolazione Italiana del 2001

4* art. 54, comma 3 del D.Lgs. 626/94

quest'unico rimedio, guardando a cosa rischia di accadere non domani, ma sicuramente tra qualche anno - e che è già *in nuce* e inizia a provocare i suoi effetti - occorrerebbe tenere a mente quanto poco gestibile si presenti un'organizzazione che rischierebbe di assumere caratteri e dimensioni piuttosto esagerate. Porre oggi il tema di come attrezzarsi per un futuro che è già cominciato - rimodulato sui *nuovi bisogni* e sulle *nuove attese* di protezione sanitaria che si evidenziano - significa anche aprire una riflessione sul mandato istituzionale del 118, sulla sua vocazione e sulla sua "*mission*". In sostanza, è ancora valida l'idea di un 118 che ha caratteri di "*service of services*" - ovvero di un Servizio che funge da *link* centrale per più servizi sanitari - o forse è il caso di aprire su quest'aspetto una discussione, quando anche i numeri sopra elencati sembrano addirittura allontanare la prospettiva della tanto auspicata unificazione del numero unico 118 con quello del Servizio di Continuità Assistenziale? Alla luce di tali dati, anche la pur presente necessità di alfabetizzare la cittadinanza al corretto impiego del 118 (tentando di porre uno *sbarramento* all'uso improprio del Servizio) tramite adeguate campagne informative e di educazione sociale potrebbe rivelarsi essa stessa non risolutiva. Intanto, analoghi Servizi ed Enti dell'Emergenza del Lazio (115, 112 e 113), alle prese con simili problemi d'organizzazione e di vasti dimensionamenti, hanno da qualche tempo decentrato provincialmente le loro Centrali Operative, affrancando da quelle romane le chiamate provenienti dai distretti telefonici esulanti lo 06 (alla Centrale Operativa 118 di Roma afferiscono invece, oltre alla vasta utenza di questo distretto, quelli di Tivoli e Civitavecchia - 0765 e 0766). Anche se a questo riguardo occorre però segnalare che i costi di più Centrali Operative - pur se più "*piccole*" - sono senz'altro superiori a quelli di una sola, anche se più grande.

Sui diversi aspetti esposti, le diverse

chiavi di lettura offerte possono stimolare le opportune sensibilità per l'adozione dei dovuti provvedimenti.

AUTORE

Daniele Di Micco
Il Coordinatore della Centrale Operativa Provinciale 118 di Roma

Collaborazione grafica Maurizio Moroni - Programmatore U.O. Tecnologia e Innovazione

bibliografia

Ringraziamenti:

Dr. Mario Costa -
Coordinatore Regionale
S.E.S. "Lazio Soccorso 118"
Dott. Pietro Pugliese -
Direttore Centrale Operativa
Provinciale 118 di Roma
Dott. Luigi Comito -
Dirigente U.O. Tecnologia e
Innovazione S.E.S. 118 di
Roma

Bibliografia:

-<http://www.istat.it>
-http://www.118er.it/inter-net/leggi/delibera_RER_2003_1349_linee_guida_Centrali118.pdf
-Atti S.E.S. 118 Roma

l'inserto

Benvenuto

Ordine!



Il Collegio si trasforma. Con gli infermieri. Ecco il disegno di legge con cui il Governo riconosce il livello più elevato alla professione

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PROFESSIONI SANITARIE NON MEDICHE

ART. 1 (Definizione)

1. Sono professioni sanitarie non mediche quelle previste ai sensi della legge IO agosto 2000, n. 251, che svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o di riabilitazione.
2. Resta ferma la competenza delle Regioni nell'individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie.
3. Sono in ogni caso fatte salve le competenze spettanti alle Province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dello Statuto speciale e delle relative norme di attuazione.

ART. 2 (Requisiti)

1. L'esercizio delle professioni sanitarie non mediche di cui all'articolo 1 comma 1 è subordinato al conseguimento di un titolo universitario valido sull'intero territorio nazionale, rilasciato a seguito di un percorso formativo da svolgersi in tutto o in parte presso le aziende e le strutture

del Servizio Sanitario Nazionale inclusi gli IRCCS, individuate dalle Regioni, sulla base di appositi protocolli d'intesa tra le stesse e le università. Fermo restando il titolo universitario abilitante, il personale del servizio sanitario militare può svolgere il percorso formativo presso le strutture del servizio stesso individuate con decreto del Ministro della Difesa di concerto con il Ministro della Salute che garantisce la completezza del percorso formativo.

2. L'iscrizione all'Albo professionale è obbligatoria, anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata all'esito dell'esame di Stato abilitante all'esercizio della professione, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali all'entrata in vigore della presente legge.
3. L'abilitazione all'esercizio della professione sanitaria non medica è sottoposta a verifica periodica con modalità identiche a quelle previste per la professione medica.

ART. 3 (Ordini)

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi ai fini d'istituire, per le professioni sanitarie di cui all'articolo 1 comma 1, i relativi

Ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, nel rispetto delle competenze delle Regioni e sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) trasformare i Collegi professionali esistenti in Ordini professionali, salvo quanto previsto alla lettera b);

b) possibilità di costituire, in relazione al numero degli operatori ed al fine di garantire la funzionalità e l'economicità della gestione ordinistica, un unico ordine professionale per più professioni appartenenti alla stessa area di cui alla legge n. 251 del 2000, prevedendo al loro interno specifici Albi per le singole professioni e garantendo l'autonomia dell'azione disciplinare nell'ambito di ciascun albo;

c) prevedere, in relazione al numero degli operatori, l'articolazione degli ordini a livello provinciale o regionale o nazionale;

d) disciplinare i principi cui si devono attenere gli statuti e i regolamenti degli Ordini neocostituiti.

ART. 4

(Individuazione di nuove professioni sanitarie non mediche)

1. L'individuazione di nuove professioni sanitarie non mediche, il cui riconoscimento ed esercizio debbono essere riconosciuti su tutto il territorio nazionale, avviene o in sede di recepimento di direttive comunitarie o per iniziativa dello Stato o delle Regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano Sanitario Nazionale o nei Piani Sanitari Regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute.
2. L'individuazione è effettuata, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla presente legge, mediante uno o più accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281 e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica su delibera del Consiglio dei Mi-

nistri.

3. L'individuazione è subordinata ad un parere tecnico-scientifico, espresso da apposite Commissioni, operanti nell'ambito del Consiglio Superiore di Sanità, di volta in volta nominate dal Ministero della Salute, alle quali partecipano rappresentanti designati dal Ministero della Salute e dalla Conferenza Stato-Regioni.
4. Gli accordi di cui al comma 2 individuano il titolo professionale e l'ambito di attività di ciascuna professione.
5. La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni deve avvenire evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con professioni già riconosciute o specializzazioni delle stesse.
6. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui all'art.2, sono definiti con uno o più decreti del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, di concerto con il Ministro della Salute, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127 e successive modificazioni. L'esame di laurea ha valore di esame di Stato abilitante all'esercizio della professione.

ART. 5 (Disposizioni finali)

1. Alle professioni sanitarie non mediche già riconosciute alla data di entrata in vigore della presente legge continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nelle rispettive fonti di riconoscimento, salvo quanto previsto dalla presente legge.
2. Con il medesimo procedimento di cui all'articolo 4 della presente legge, in sede di Conferenza Stato-Regioni, si può procedere a integrazioni delle professioni riconosciute ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni.
3. La presente legge non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Decreto Ministeriale 9 luglio 2004

Modalità e contenuti prova di ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie per l'anno accademico 2004/05

VISTO il decreto legislativo 30 luglio 1999, n.300; omissis...

D E C R E T A:

- Art.1** - 1. Per l'anno accademico 2004/2005 l'ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie di cui al D.M. 2 aprile 2001, per i quali si dispone che non sia consentita una abbreviazione di corso, avviene previo superamento di apposita prova predisposta da ciascuna università sulla base delle disposizioni di cui al presente decreto.
2. L'ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie di cui al presente decreto, è consentita direttamente, in deroga al superamento della apposita prova, a coloro i quali è stato conferito l'incarico ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, da almeno due anni alla data del presente decreto.
3. La prova di ammissione per l'accesso ai corsi di laurea di cui al comma 1 articolati in uno per ogni classe di laurea specialistica, consiste nella soluzione di ottanta quesiti a risposta multipla, di cui una sola risposta esatta tra le cinque indicate su argomenti di:
- teoria/pratica pertinente alle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse;
 - logica e cultura generale;
 - regolamentazione dell'esercizio delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse e legislazione sanitaria;
 - cultura scientifico-matematica, statistica e informatica;
 - scienze umane e sociali.
4. La prova si svolge presso le sedi universitarie il giorno 6 ottobre 2004. Per lo svolgimento della prova è assegnato un tempo di due ore.
5. Sulla base dei programmi di cui all'allegato, che costituisce parte integrante del presente decreto, vengono predisposti trentadue quesiti per l'argomento di teoria/pratica pertinente all'esercizio delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse; diciotto quesiti per l'argomento di logica e cultura generale e dieci quesiti per ciascuno dei restanti argomenti.
- Art.2** - 1. Per la valutazione del candidato ciascuna commissione giudicatrice, nominata dai competenti organi accademici, ha a disposizione cento punti dei quali ottanta riservati alla prova scritta e venti ai titoli.
2. Per la valutazione della prova si tiene conto dei seguenti criteri:
- a) 1 punto per ogni risposta esatta;
- 0,2 punti per ogni risposta sbagliata;
0 punti per ogni risposta non data.
3. In caso di parità di voti prevale, in ordine decrescente, il punteggio ottenuto dal candidato nella soluzione rispettivamente dei quesiti relativi ai seguenti argomenti:
teoria/pratica pertinente all'esercizio delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse; logica e cultura generale; regolamentazione dell'esercizio professionale specifico e legislazione sanitaria; cultura scientifico-matematica, statistica e informatica; scienze umane e sociali.
4. La valutazione dei titoli accademici e professionali, per la classe di laurea specialistica delle scienze infermieristiche e ostetriche avverrà sommando il punteggio di:
- l. - uno dei sotto elencati titoli, a scelta del candidato, presentato per l'accesso al corso:
- diploma di laurea triennale abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse punti 7;
 - diploma universitario, abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse punti 6;

- titoli abilitanti all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse, di cui alla legge n.42/1999 punti 5;
- II. - diploma di Scuola diretta a fini speciali in assistenza infermieristica (DAI) di cui al D.P.R. n. 162/82 punti 3
 - altri titoli accademici, professionali o formativi: punti 0,50 per ciascun titolo fino ad un massimo di punti 2
- III. - attività professionali nella funzione apicale di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse, idoneamente documentate e certificate: punti 1 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4
- IV. - attività professionali nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse, idoneamente documentate e certificate: punti 0,50 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4
- 5. La valutazione dei titoli accademici e professionali per le classi di laurea specialistica delle scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione, per le classi di laurea specialistica delle scienze delle professioni sanitarie tecniche e per le classi di laurea specialistica delle scienze delle professioni sanitarie della prevenzione, avverrà sommando il punteggio di:
 - I. - uno dei sotto elencati titoli, a scelta del candidato, presentato per l'accesso al corso:
 - diploma di laurea triennale abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse punti 7;
 - diploma universitario, abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse punti 6;
 - titoli abilitanti all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse di cui alla legge n.42/1999 punti 5.
 - II. - altri titoli accademici, professionali o formativi: punti 0,50 per ciascun titolo fino ad un massimo di punti 5;
 - III. - attività professionali nella funzione apicale di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse idoneamente documentate e certificate: punti 1 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4
 - IV. - attività professionali nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse, idoneamente documentate e certificate: punti 0,50 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4

Art.3 - 1.I bandi di concorso prevedono disposizioni atte a garantire la trasparenza di tutte le fasi del procedimento e indicano i criteri e le procedure per la nomina delle commissioni preposte agli esami di ammissione e dei responsabili del procedimento ai sensi della legge n.241/1990.

2. I bandi di concorso definiscono inoltre le modalità relative agli adempimenti per il riconoscimento dell'identità dei partecipanti, gli obblighi degli stessi nel corso dello svolgimento della prova, nonché le modalità in ordine all'esercizio della vigilanza sui candidati, tenuto conto di quanto previsto dagli articoli 5, 6 e 8 del D.P.R. 3 maggio 1957, n. 686, ove non diversamente disposto dagli atenei.

Il presente decreto è pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Il Ministro (f.to Letizia Moratti)



Decreto Ministeriale 1 ottobre 2004

Modifica delle modalità di ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie per l'a.a. 2004/05

VISTO il D.M. 9 luglio 2004 con il quale sono stati definiti le modalità ed i contenuti delle prove di ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie per l'anno accademico 2004-2005;

VISTA la Mozione della Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia approvata all'unanimità in data 14 luglio 2004;

VISTA in particolare la posizione degli Infermieri e delle ostetriche già in possesso del titolo rilasciato dalla Scuole Dirette a Fini Speciali per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica ai sensi del D.P.R. n.162/1982;

VISTA, altresì, l'impossibilità di autorizzare l'ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie a tutti coloro che risultino in possesso del titolo sopra citato la cui numerosità contrasterebbe con il fabbisogno delle professioni sanitarie e dei laureati specialistici;

VISTA la nota del Ministero del Salute in data 20 settembre 2004 della quale si condivide l'opportunità di riconoscere la ammissione, in deroga al superamento della apposita prova, di coloro che siano in possesso del titolo di Dirigente dell'Assistenza Infermieristica e siano titolari con atto formale e datato, dell'incarico di direttore o di coordinatore dei corsi di laurea in Infermieristica o di direttore dei servizi infermieristici;

CONSIDERATA peraltro la opportunità, di prevedere l'ammissione diretta, anche di coloro che siano titolari, con atto formale e datato, dell'incarico di direttore o di coordinatore di uno dei corsi di laurea ricompresi nella laurea specialistica di interesse o di direttore dei servizi di riabilitazione, dell'area tecnica o della prevenzione;

CONSIDERATO peraltro, d'intesa con il Ministero della Salute, di prevedere che la titolarità degli incarichi sopra citati siano stati conferiti da almeno due anni alla data del presente decreto;

TENUTO conto che il fabbisogno nazionale delle singole figure professionali è superiore all'offerta formativa delle Università;

D E C R E T A:

Art.1 - Al comma 2 dell'articolo 1 del D.M. 9 luglio 2004 citato in premesse è aggiunto il seguente periodo:



L'ammissione è consentita direttamente, in deroga al superamento della apposita prova, anche a coloro che risultano in possesso del titolo rilasciato dalle Scuole Dirette a Fini Speciali per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica ai sensi del D.P.R. n.162/1982 i quali siano titolari, con atto formale e datato da almeno due anni alla data del presente decreto, dell'incarico di direttore o di coordinatore dei corsi di laurea in Infermieristica o di direttore dei servizi infermieristici, e a coloro che siano titolari, con atto formale e datato, da almeno due anni alla data del presente decreto, dell'incarico di direttore o di coordinatore di uno dei corsi di laurea ricompresi nella laurea specialistica di interesse o di direttore dei servizi di riabilitazione, dell'area tecnica e della prevenzione.

Art.2 - Le Università integreranno i bandi già emanati con le opportune disposizioni per l'ammissione degli eventuali interessati previsti dal presente decreto.

f.to Il Ministro Letizia Moratti



BORSA DI STUDIO SULLA EDUCAZIONE SANITARIA IN MATERIA DI DONAZIONE D'ORGANO

La Borsa di Studio è istituita dall'Associazione Marta Russo onlus il cui scopo principale è la promozione e diffusione della cultura della Donazione di Organi.

È dedicata alla memoria di Marta Russo, giovane universitaria della Sapienza dove fu ferita mortalmente all'età di 22 anni e che in giovane età aveva comunicato la volontà di donare i suoi organi, scelta che ha permesso a sei persone di continuare a vivere.

La Borsa di studio è realizzata anche grazie al contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Roma.

FINALITÀ

La Borsa di studio si propone di promuovere tra la gente la cultura della Donazione degli Organi, attraverso una corretta informazione sul sistema della Donazione e Trapianto d'Organi e sul suo valore sociale, in quanto in Italia ci sono ancora più di diecimila persone in attesa di quel "gesto d'amore" che permetterà loro di continuare a vivere.

Per questo il Concorso è indirizzato alla figura dell'infermiere che ha compiti rilevanti e complessi nella gestione della Donazione degli organi e il cui impegno come Professionista Sanitario è rivolto all'educazione sanitaria e al sostegno del trapianto come momento solidale; contrariamente a quanto è noto all'opinione pubblica, scarsamente informata dai media sulle attribuzioni di questa figura.

REGOLAMENTO

Art. 1 - Possono partecipare alla **Borsa di Studio** le due seguenti categorie:

- a) Gli infermieri iscritti ai **Collegi IPASVI** delle seguenti città: **Roma, La Spezia, Catania e Cagliari.**
- b) Gli studenti del **Corso di Laurea in infermieristica delle sopracitate città.**

Art. 2 - La partecipazione alla Borsa di studio è gratuita ed è limitata ad una sola opera medita per ogni concorrente. Ciascuna opera non deve superare le undici cartelle dattiloscritte (foglio A4 spazio 2)

Art. 3 - Gli elaborati devono rappresentare dei progetti educativi e d'informazione nei confronti dei cittadini e degli studenti nell'ambito dell'educazione sanitaria in materia di Donazione d'Organo. Il candidato deve preparare un elaborato che trae origine da due precisi articoli del Codice Deontologico dell'infermiere, approvato dalla Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri nel Febbraio 1999 e divenuto per gli Infermieri un riferimento imprescindibile. (In particolare per gli aspetti normativi che regolano l'attività professionale infermieristica). Gli articoli del Codice Deontologico che devono essere utilizzati come spunto per la preparazione degli elaborati sono i seguenti:

Art. 4, comma 1:

"L'Infermiere promuove, attraverso l'educazione e stili di vita sani, la diffusione di una cultura della salute; a tal fine mantiene la rete di rapporti tra servizi ed operatori".

Art. 4, comma 18:

"L'Infermiere considera la Donazione di sangue, tessuti ed organi una espressione di solidarietà. Si adopera per favorire informazione e sostegno alle persone coinvolte nel donare e nel ricevere."

Art. 4 - L'Associazione Marta Russo si avvale di una Giuria composta da
a) Aureliana e Donato Russo, genitori di Marta e fondatori dell'Associazione;
b) un Professore e un Medico che operano nei Centri di Trapianti;
c) un Presidente ed un Infermiere del Collegio Ipasvi di città non citate nel Bando;
d) un Giornalista;
e) un Socio fondatore dell'Associazione stessa.
È data facoltà alla Giuria di articolarsi in sottocommissioni con eventuali integrazioni di altri membri scelti dalla stessa Giuria.

Art. 5 - Alla stessa Giuria spetta la formazione di una rosa di tre vincitori per ogni categoria e sulla base della graduatoria formulata, saranno assegnati i seguenti Premi:

Categoria **A** - Infermieri iscritti ai Collegi Ipasvi delle città sopra elencate:

Primo Premio	Euro 3000,00
Secondo Premio	" 2000,00
Terzo Premio	" 1000,00

Categoria **B** - Studenti del Corso di Laurea in infermieristica delle città sopra elencate:

Primo Premio	Euro 3000,00
Secondo Premio	" 2000,00
Terzo Premio	" 1000,00

I Premi sono unici ed indivisibili e saranno assegnati ad insindacabile giudizio della Commissione esaminatrice.

Art. 6 - Gli elaborati premiati delle due categorie saranno pubblicati su appositi spazi infermieristici di Internet. (Siti dei Collegi Ipasvi delle città interessate ed altro). A tutti i partecipanti alla Borsa di Studio sarà rilasciato un attestato di Partecipazione. Inoltre ai più meritevoli, di entrambe le categorie, secondo l'insindacabile Giudizio della Giuria, sarà rilasciato un attestato di "**menzioni di merito**"

Art. 7 - Gli elaborati pervenuti non saranno restituiti e resteranno a disposizione dell'Associazione che si riserva la facoltà di utilizzarli nel modo più idoneo.

Art. 8 - I lavori dei concorrenti devono pervenire in plico chiuso **entro e non oltre Il giorno 31 Maggio 2005 fa fede il timbro postale.**

Essi dovranno essere inviati in atto copie franchi di ogni spesa intestati a:
Associazione Marta Russo - Via Cerreto di Spoleto, 10 - 00181 Roma

Nello stesso plico deve essere inserita la scheda personale (non in busta) spillata nel retro dell'elaborato indicante: Nome, Cognome ed indirizzo e numero di matricola dell'iscrizione al Collegio Ipasvi d'appartenenza per i partecipanti della categoria A e numero di matricola e nome dell'Università per gli studenti della categoria B.

Art. 9 - L'adesione al Concorso a Premi indica la conoscenza e la incondizionata accettazione del Bando.

Art. 10 - La Premiazione si svolgerà a Roma possibilmente entro il mese di Ottobre-Novembre, programma e data precisa della premiazione, saranno noti in tempo utile. I Premi dovranno essere ritirati personalmente o da persona con delega scritta.

Il presente Bando è disponibile sul sito dell'Associazione e altri siti idonei, presso le sedi dei Collegi Ipasvi delle città interessate e le sedi delle rispettive Università

www.martarusso.org

Alcol e giovani: indagine statistica su un campione di studenti presso l'I.T.C. L. Luzzatti di Palestrina

di Francesca Upoli e Edda Oliva Piacentini

INTRODUZIONE

Il consumo di bevande alcoliche è ampiamente diffuso nella cultura occidentale e, tutti gli aspetti che concernono in particolare il vino, fanno parte della cultura italiana. Il consumo di bevande alcoliche, documentato anche da una florida e antica produzione letteraria, è generalmente legato alle tradizioni gastronomiche, a quelle conviviali e alla storia delle iniziative di gruppo o sociali.

Le bevande alcoliche dovrebbero perciò essere considerate più come alimenti che come sostanze psicotrope; purtroppo, la diffusione di disturbi e malattie dovuti al consumo improprio di alcol, fanno rientrare a tutti gli effetti questa sostanza tra quelle ad azione psicotropa, nei confronti delle quali possono stabilirsi dei rapporti patologici di abuso, tolleranza e dipendenza, con conseguenze anche gravi.

L'assunzione patologica o impropria di bevande alcoliche si configura clinicamente con un rapporto di abuso o di dipendenza. Il confine tra consumo non patologico e abuso è sottile e sfumato. Entro certi limiti, non è una questione di quantità di sostanza assunta né di regolarità o meno nell'assunzione. La pubblicità televisiva associa continuamente l'alcol a situazioni di piacere e benessere, trasmettendo un messaggio del tutto positivo, che incoraggia al consumo. E' un modo per favorire l'approvazione e la legittimazione di un comportamento in

realità pericoloso e non semplice da gestire, soprattutto nel caso di adolescenti in cerca di un'identità forte in cui riconoscersi. L'alcolismo giovanile è un vero problema sociale, frutto d'insicurezze e fragilità adolescenziali ma anche di disinformazione e mancanza di un atteggiamento critico, consapevole, responsabile, non solo da parte dei ragazzi, ma anche e soprattutto dei genitori e di un'intera società che "non vede". Sino a quando, a livello sociale, la drammaticità del problema non verrà percepita, il fenomeno continuerà a "non esistere", ad essere sottovalutato e, per forza di cose, ad autoalimentarsi.

Obiettivo del presente lavoro è di indagare sul consumo di bevande alcoliche tra i giovani.

DISEGNO DELLA RICERCA: STRUMENTI, MATERIALI E METODI

IL CAMPIONE: CARATTERISTICHE, CRITERI DI SCELTA E RECLUTAMENTO

Il campione è costituito da 100 unità. Le unità intervistate sono state gli studenti di IV° e V° superiore dell'Istituto tecnico commerciale L. Luzzatti di Palestrina. Il reclutamento è stato effettuato, previa autorizzazione da parte del preside, recandosi nella scuola e chiedendo la collaborazione agli studenti, offrendo le informazioni necessarie e garantendo l'anonimato.

STRUMENTI

Lo strumento utilizzato per la ricerca è stato il questionario "Valutazione delle conoscenze e del comportamento dell'alcol nei giovani".

Il questionario è suddiviso in 3 parti:

Dati socio-demografici;

Dati riguardanti la quantità e la frequenza di alcolici assunti;

Dati riguardanti le conoscenze dei giovani sull'alcool.

E' composto da 25 items a risposta chiusa, aperta e a scelta multipla.

Nella 1° fase di sperimentazione dello strumento è stato effettuato uno studio pilota, mediante la somministrazione di 10 questionari a ragazzi di 18 anni esclusi dallo studio successivo.

In base ai risultati ottenuti sono state, successivamente riportate modifiche e correzioni.

METODO

Il questionario, anonimo ed autocompilato, è stato somministrato agli studenti dopo aver spiegato le finalità particolari dell'intervista e generali dello studio, garantendo l'anonimato dei dati.

ANALISI STATISTICA

Inizialmente è stata condotta un'analisi descrittiva univariata, consistente nel calcolo delle percentuali delle risposte per singolo items e ove opportuna di media e deviazione standard.

I dati sono stati inoltre riportati in un diagramma di dispersione per una visione d'insieme della casistica, ma anche per individuare i dati anomali ed errati.

I dati più interessanti, sia significativi che non, calcolati con il test del X² o test di Fisher per le frequenze inferiori a 5, sono stati rappresentati graficamente tramite istogrammi, diagrammi circolari e a barre.

Analisi dei risultati

Caratteristiche del campione ed analisi delle associazioni

Il campione esaminato comprensivo di 100 unità, è costituito per il 42% da ragazze e per il 58% da ragazzi con media

pari a diciotto anni (grafico n° 1).

In riferimento all'item n° 3 si è voluto indagare sulla situazione familiare dei ragazzi, perché vari studi hanno dimostrato che l'incontro con l'alcol avviene in ambienti familiari disturbati, magari per la rottura o la cattiva intesa della coppia genitoriale. Dal questionario risulta che il 94% dei giovani ha i genitori sposati, il 3% separati e il 3% divorziati (grafico n°2).

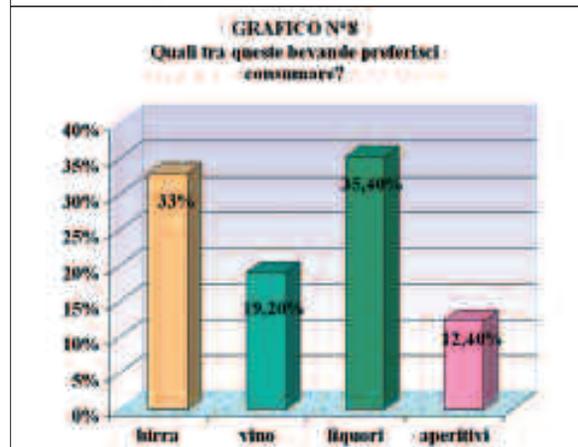
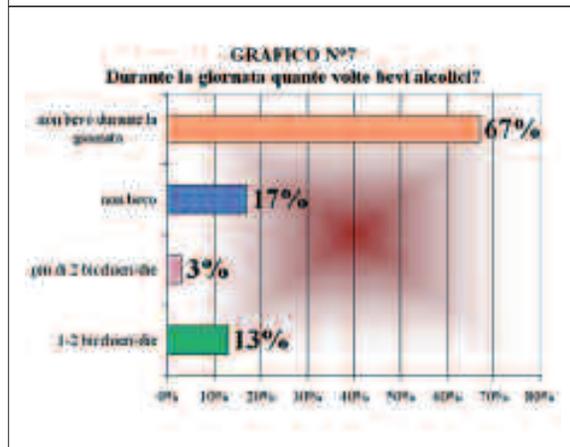
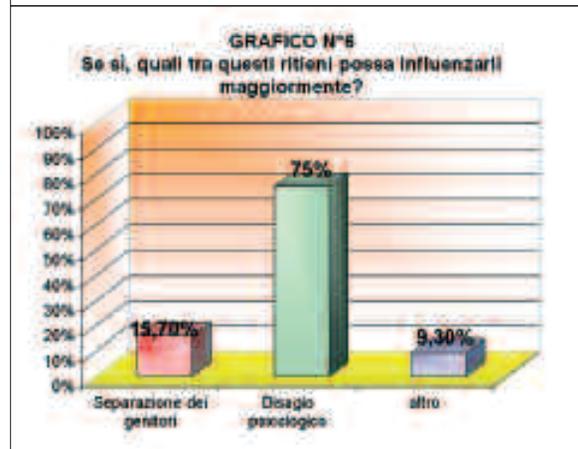
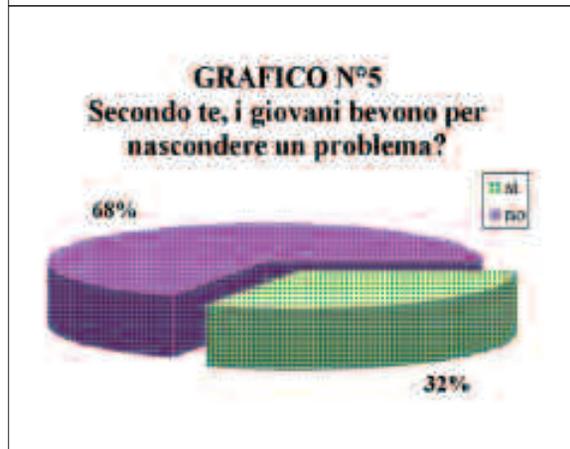
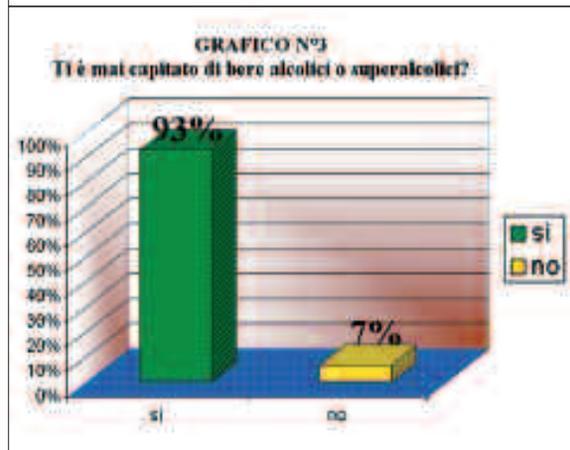
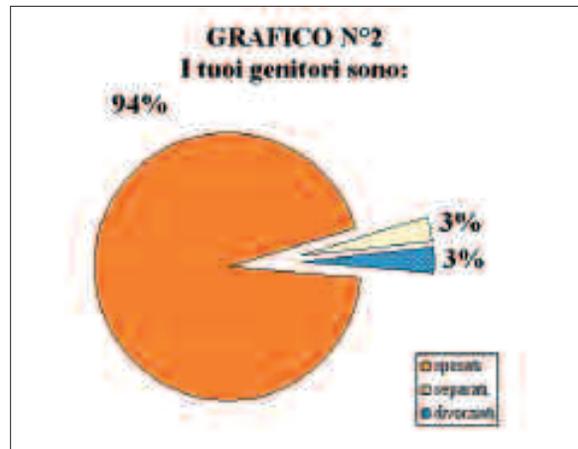
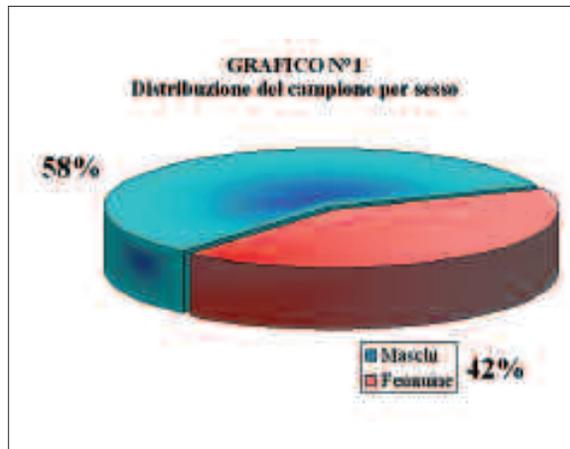
Dai dati emerge che il 93% degli studenti ha bevuto almeno una volta alcolici o superalcolici e il 97.8% lo ha fatto in compagnia, mentre solo il 2,2 % era da solo. Di contro un 7% nega di aver mai bevuto (grafico n° 3 e grafico n°4). Il 97.8 % su un totale di 100 unità intervistate dimostra come si tratti raramente di alcolismo solitario; piuttosto è un alcolismo episodico, in gruppo, durante le feste.

Con la domanda numero 6, si è voluto ricercare se gli adolescenti considerino l'alcol come strumento per nascondere un problema. Le risposte positive sono state il 32%, mentre il 68% non crede che l'assunzione di bevande alcoliche nasconda delle difficoltà psicologiche (grafico n°5).

Il quesito successivo, evidenzia i problemi che possono portare ad un uso eccessivo di bevande alcoliche. Tra coloro che, alla domanda numero 6, hanno risposto positivamente, è stato chiesto quale tra le tre opzioni potesse influenzare gli adolescenti: il 75% dei ragazzi pone il disagio psicologico come fattore determinante nell'abuso di sostanze, mentre la separazione dei genitori e altre cause riscuotono rispettivamente il 15.7 % e il 9.3% (grafico n°6).

Considerando quanti bicchieri di alcol i ragazzi bevono durante la giornata, il 67% risponde di non bere durante la giornata, il 13% beve 1-2 bicchieri/die, il 3% più di 2 bicchieri/die e il 17% non beve alcolici (grafico n°7).

Tra le bevande preferite la birra e i liquori risultano di gran lunga le bevande prescelte: in particolare i liquori riscuotono il 35.4% dei consensi, la birra il 33%, il vino il 19.2% e gli ape-



ritivi il 12.4% (grafico n°8). Ciò può essere spiegato osservando i luoghi che i giovani frequentano: i pub (birrerie) di importazione inglese, mentre i wine bar vengono solitamente frequentati dagli adulti.

Il quesito numero 10 pone l'accento sulla frequenza nella consumazione di bevande alcoliche. E' importante osservare come più della metà degli studenti (70%) beva solo in occasioni particolari, mentre il 13% tutti i giorni (grafico n°9).

Riguardo a ciò che i ragazzi pensano sul bere scopriamo che il 50% degli adolescenti ritiene che si beva perché è di moda, mentre l'altra metà non la considera una giustificazione valida (grafico n° 10).

Alla domanda successiva (numero 12) si è chiesto ai ragazzi se la pubblicità influenzi nell'acquisto di un prodotto alcolico, poiché le campagne pubblicitarie associano l'uso d'alcolici ad immagini d'intelligenza, di forza e vigore. La maggioranza (54%) risponde positivamente (grafico n° 11).

All'item relativo agli effetti negativi dell'alcol il 94% degli studenti risponde di conoscerli, mentre solo un 6% ignora i problemi e i disturbi che provoca (grafico n° 12).

La domanda n°14 vuole indagare se persistono "falsi miti": gli intervistati non credono che l'alcol faciliti le prestazioni sessuali (86%), mentre solo il 14% crede il contrario (grafico n° 13).

I giovani non credono neanche che le bevande alcoliche favoriscano i rapporti interpersonali (71%), mentre il 29% lo considera uno strumento per comunicare con gli altri (grafico n° 14).

A questo punto del questionario si è voluto accertare se nelle famiglie si consumano alcolici, in quanto si ritiene che l'incontro con l'alcol avvenga in ambito familiare. All'item hanno risposto positivamente il 53%, il 47% il contrario (grafico n° 15).

Ciò avviene soprattutto durante i pasti (90.6%), mentre il 9.4% beve al di fuori dei pasti (grafico n° 16).

La domanda successiva evidenzia se i

genitori consentono ai figli di bere alcolici. I dati emersi sono: sì il 64%, no il 36% (grafico n°17). Questo dato evidenzia, come viviamo in un paese in cui l'uso di sostanze alcoliche è parte integrante della nostra cultura.

Più della metà degli intervistati, dichiara di conoscere i livelli di alcol che non consentono la guida di autoveicoli e ciclomotori (67%) (grafico n°18).

Ritengono che il consumo di alcol non sia uguale tra maschi e femmine (70%), anche se il 30% ritiene che l'alcolismo coinvolga in modo sempre più forte anche le ragazze (grafico n°19).

E' importante come il 63% dei giovani consideri l'alcol una droga che può causare dipendenza (88%) (grafico n°20 e grafico n° 21).

Più della metà degli intervistati non conosce l'esistenza dei centri di terapia (52%) e si evince come vi sia la necessità di un'informazione riguardo i danni che provoca l'alcol (87%) (grafico n°22 e grafico n° 23).

Dov'è avvenuta l'iniziazione al bere? Per il 73.1% degli intervistati con gli amici, il 13% in famiglia e il 13.9% non ricorda (grafico n°24).

Confrontando l'item n°13 (conosci gli effetti negativi dell'alcol?), con l'item n° 21 (secondo te, l'alcol è una droga?), è risultato un x2 positivo pari a 28,29. Tra coloro che considerano l'alcol una droga (63%), risulta che il 59% conosce gli effetti negativi che tale sostanza provoca, mentre solo il 4% dichiara di non conoscerli. Gli studenti che affermano di non considerare l'alcol una droga (37%), dichiarano di conoscerne gli effetti negativi (35%), solo un 2% risponde il contrario. Questi risultati evidenziano come i giovani bevono perché consapevoli di ciò che fanno, proprio perché conoscono le conseguenze che l'alcol provoca, lo assumono per ricercare gli effetti che la bevanda induce. Il piacere del gusto è assolutamente secondario all'effetto che si va ricercando nella sostanza, a quello di euforia e benessere che può dare. In altri termini, non è importante la qualità di ciò che si beve, ma che la gradazione e i quantitativi

GRAFICO N°9
Con quale frequenza consumi bevande alcoliche?

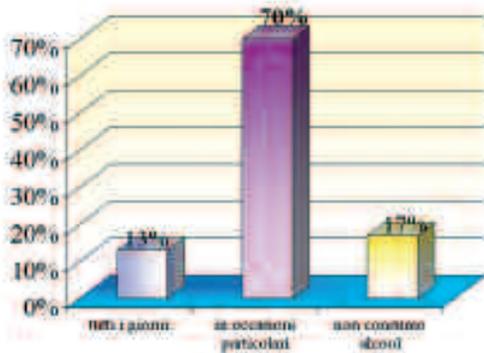


GRAFICO N°10
Secondo te, i giovani bevono per nascondere un problema?



GRAFICO N°11
La pubblicità influenza nell'acquisto di un prodotto alcolico?

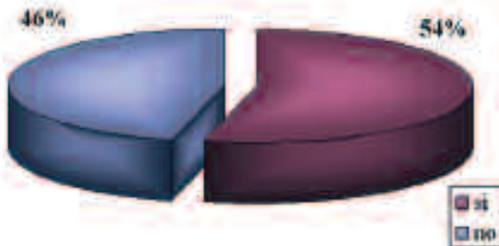


GRAFICO N°12
Conosci gli effetti negativi dell'alcol?

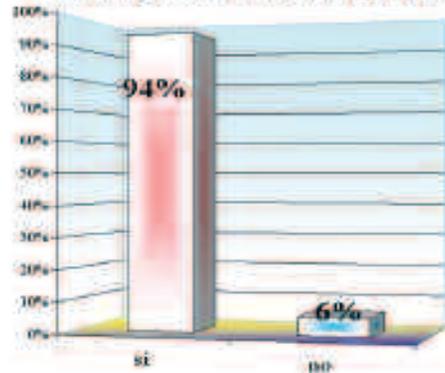


GRAFICO N°13
Pensi che l'alcol faciliti le prestazioni sessuali?

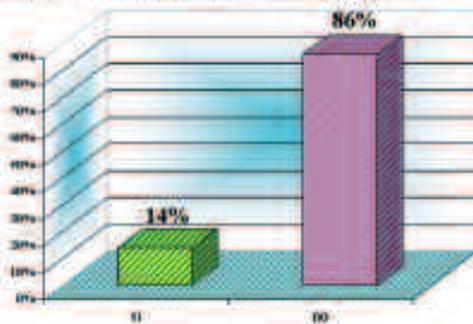


GRAFICO N°14
Ritieni che l'assunzione di bevande alcoliche favorisca i rapporti interpersonali?



GRAFICO N°15
Nella tua famiglia si consumano alcolici?

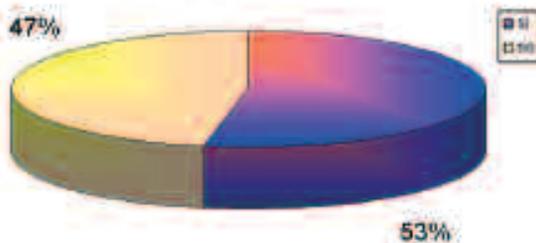
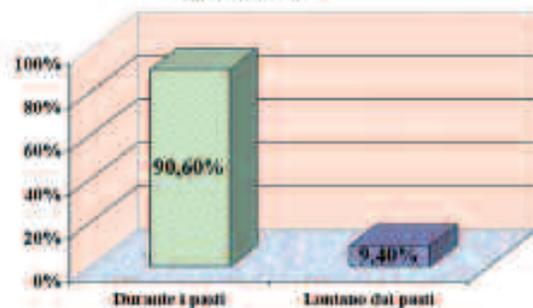


GRAFICO N°16
Se sì, quando?



siano tali, da avere un effetto potente (TABELLA 1).

TABELLA 1

Comparazione tra le conoscenze dei giovani riguardo la considerazione se percepiscono l'alcol una droga e se conoscono gli effetti negativi che provoca.

Conosci gli effetti negativi dell'alcol?	Secondo te, l'alcol è una droga?		
	si	no	totale
Si	59	35	94
No	4	2	6
totale	63	37	100
X²= 28.29	g.d.l.= 1	a= 0.05	

CONCLUSIONI

Non è facile parlare ai ragazzi ed ancora più difficile farsi ascoltare.

Il problema alcolismo è diffuso trasversalmente in tutti i gruppi sociali. La mitologia che ruota intorno all'alcol è molto vasta e ricca sin dai tempi antichi. Così com'è strutturata la società per un insieme di motivazioni storico-culturali, economico-sociologico, bere è una tradizione che si tramanda da padre a figlio. Non vi è mai stata una legge che sia stata in grado di fermare la diffusione dell'alcol.

La soglia d'età in cui si sperimentano bevande alcoliche si abbassa, sempre più adolescenti ne fanno uso. Secondo l'O.M.S. ogni anno muoiono 40 mila persone a causa dell'alcol. Vittime di cirrosi epatica, tumori, infarto emorragico, incidenti stradali e sono noti i numeri di carneficina che si consuma soprattutto il sabato sera, all'uscita

dalle discoteche.

Che fare? C'è bisogno di un intervento mirato di educazione alimentare. Una risposta concreta deve arrivare dal Servizio Sanitario Nazionale, che deve essere interlocutore di chi porta il disagio. Un'opera fondamentale deve essere svolta dall'infermiere attraverso un'attività di counseling che coinvolga sia gli adolescenti, sia i genitori.

L'infermiere nel ruolo del counselor deve aiutare i ragazzi ad aiutarsi; attraverso una relazione d'aiuto che promuova la crescita, la maturità ed un modo di agire più adeguato. Gli infermieri devono avere chiaro il loro ruolo d'informatori; bisogna integrare il curriculum di studi con discipline che valorizzino il tema dell'educazione/informazione, che per-



GRAFICO N°17
I tuoi genitori ti consentono di bere alcolici?

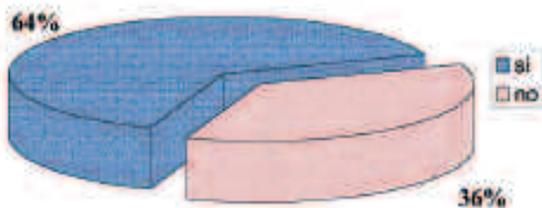


GRAFICO N°18
Conosci i livelli di alcol che non consentono la guida di autoveicoli e ciclomotori?

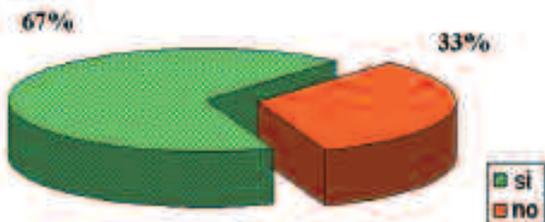


GRAFICO N°19
Pensi che il consumo di alcol sia uguale tra maschi e femmine?

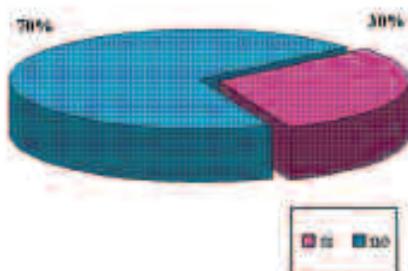


GRAFICO N°20
Secondo te, l'alcol è una droga?

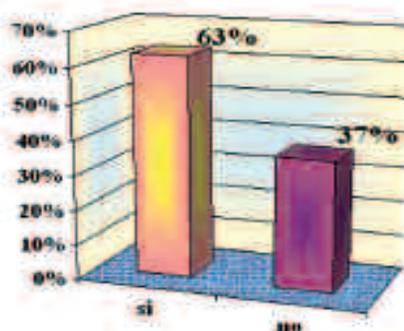


GRAFICO N°21
Un consumo continuo di bevande alcoliche, può causare dipendenza?

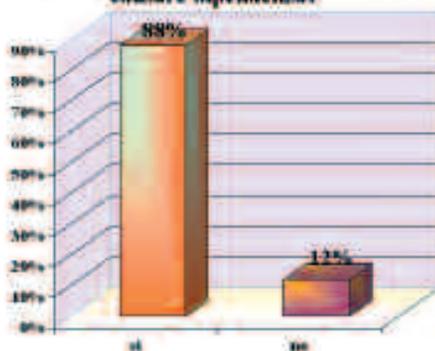


GRAFICO N°22
Conosci l'esistenza di centri di terapia in cui è possibile guarire questa malattia?



GRAFICO N°23
Ritieni che dovrebbe esserci più informazione riguardo i danni che provoca l'alcol?

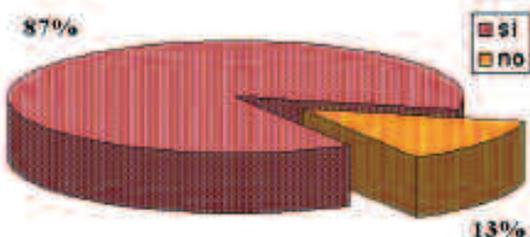
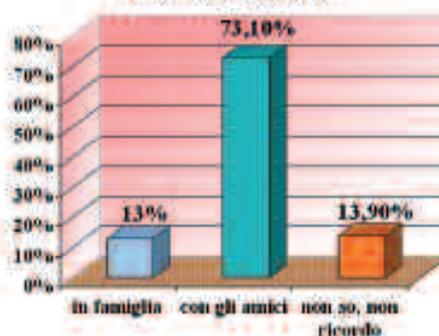


GRAFICO N°24
Qual è stato il luogo in cui è avvenuta l'iniziazione al bere?



metta all'infermiere di perdere quel senso d'incertezza e d'insicurezza, quando comunica con la persona, sulla salute, sulla terapia e sulla diagnosi. Quest'opera di prevenzione deve essere attivata già dalle scuole elementari, quando sono ancora bambini affinché si crei una vera consapevolezza del pericolo; alcuni ritengono che parlare dei rischi dell'alcol agli adolescenti possa essere controproducente. Questo progetto non può ritenersi valido, se non prende anche in considerazione la famiglia; i genitori devono imparare a comunicare con i figli, poiché la mancanza di comunicazione, spinge il ragazzo a cercare sicurezza nel gruppo, ed è qui che si sperimentano mode pericolose. Bisogna intervenire sui primi sintomi di disagio psicologico, evitando che si rendano manifesti i disturbi tipici organici. Nel momento in cui c'è una problematica avanzata, il disagio è esplosivo, i danni organici evidenti; l'intervento è difficoltoso e i risultati meno attendibili. I giovani devono prendere coscienza del fatto che non si socializza bevendo, ma esprimendo valori, sentimenti e pensieri.

Proprio perché l'alcol, provoca in caso di abuso, malattie invalidanti, è competenza dell'infermiere attivarsi sul territorio per prevenire comportamenti a rischio, in quanto professionista e promotore della salute. La relazione terapeutica tipica dell'attività infermieristica, deve mirare al potenziamento del coping, ossia aiutare la persona a far fronte ad agenti di stress e attraverso interventi di natura educativa che coinvolga adolescenti e familiari magari attraverso insegnamenti di gruppo. Un dato importante che emerge dalla ricerca, è la volontà da parte dei ragazzi di ricevere più informazione sui problemi alcol-correlati; in tal senso sarebbe utile distribuire opuscoli e materiale informativo agli studenti e un decalogo rivolto ai genitori con l'auspicata presenza dell'infermiere nella scuola.

In effetti anche dai risultati della ricerca si evince come i ragazzi consi-

derino l'alcol una droga, dicono di conoscere gli effetti negativi che provoca, eppure... bevono. Bevono per cercare lo sbalzo o forse per noia; il problema è che sono ragazzi consapevoli di ciò che fanno, ricercano l'effetto dell'alcol sulla psiche, sono ragazzi fondamentalmente soli che chiedono aiuto.

AUTORI

*Infermiere Francesca Upoli
(studente Corso di Laurea di
Infermiere anno accademico 2003/04)
D.A.I. Edda Oliva Piacentini
(relatore tesi di Laurea)*

- 1) Andolfi M, Angelo C. Tempo e mito nella psicoterapia familiare. Torino: Bollati Boringhieri, 1989.
 - 2) Andreoli V, Basile A. Alcool e famiglia: dentro le maschere dell'alcol. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 1986.
 - 3) AAVV. "L'alimentazione e salute". Milano: Le Scienze, 1993.
 - 4) AAVV. "Dentro l'alcol". Roma: Koinè edizioni, 1993.
 - 5) Bastiani Pergamo A. Alcolismo prevenzione negata: una risposta clinica. Roma: Armando Armando, 1996. (Collana medico-psico-pedagogica)
 - 6) Beccaria F, Cottino A, Guidoni Vidoni O. Giovani e alcol: i ragazzi raccontano. Roma: Vignola: Osservatorio permanente sui giovani e l'alcol, 1999.
 - 7) Benci L. "Il consenso informato", in Benci L., Manuale professionale per l'esercizio del nursing. Milano: Mc Grow-Hill, 1996.
 - 8) Bion WR. Apprendere dall'esperienza. Roma: Armando Armando, 1980.
 - 9) Calamandrei C, D'Adio L. Commentario al nuovo Codice Deontologico dell'infermiere. Milano: Mc Grow Hill, 1999.
 - 10) Cancrini L, Malagoli Togliatti M, Meucci GP. Droga chi come perché e soprattutto che fare. Firenze: Sansoni, 1977.
 - 11) Carpenito LJ. Diagnosi infermieristiche: applicazione alla pratica clinica. Milano: casa editrice Ambrosiana, 1996.
 - 12) Cottino A, Franco P. Il bere giovane: saggi su giovani e alcol. Milano: F. Angeli, 1997.
 - 13) Cottino A, Rolli A. Le culture dell'alcol: sociologia del bere quotidiano tra teoria e intervento. Milano: F. Angeli, 1992.
 - 14) De Vanna M. Struttura e dinamica familiare negli alcolisti, in "Minerva psichiat.", vol 15, 72, 1994.
 - 15) Di Fabio A. Counseling: dalla teoria all'applicazione. Firenze: Giunti, 1998.
 - 16) Erikson EH. Gioventù e crisi d'identità. Roma: Armando Armando, 1995.
 - 17) Furlan PM, Pieci RL. Alcol, alcolici, alcolismo. Torino: Bollati Boringhieri, 1990.
 - 18) Gagan J. "Methodological notes on empathy", Advance in Nursing Science 5 (2) 1983;65-72.
 - 19) Grande Enciclopedia Treccani, vol. II, pp. 262-263
 - 20) Josslyn IM. L'adolescenza. Roma: Armando Armando, 1980.
 - 21) Lugoboni F, Motta F, Ceravolo R. Alcol-droga, droga-alcol. Verona: Kalaris, 1993. (Collana Sanitaria Esculapio; 2)
 - 22) Mello NH, Mendelson JH. La dipendenza alcolica. Padova: Piccin, 1984.
 - 23) Morandi G. Alcolismo clinica e terapia. Milano: Masson, 1979.
 - 24) Morandini G. Alcolismo, alcolisti, disintossicazione. Milano: Masson, 1979.
 - 25) Pierlorenzi C, Senni A. L'alcolismo: prospettive di ricerca e di futuro. Roma: Nis, 1994.
 - 26) Realdon A. Fondamenti di psichiatria. Milano: Sorbona, 1989.
 - 27) Roger CM. La terapia centrata sul cliente. Firenze: Martinelli, 1975.
 - 28) Solomon HS. "Farmaci, droghe e cervello". Bologna: Zanichelli Editore, 1989.
 - 29) Sournia JC. Alcolismo. Storia e problemi. Torino: SEI, 1991.
 - 30) Stein E. Il problema dell'empatia. Roma: Sudium, 1988.
 - 31) Tempesta E. Condizione giovanile e consumo di alcol: dalle motivazioni alla regolazione. Roma: Otet, 1993.
 - 32) Volterra V, Bellini M. Interventi psicoterapeutici nei dipendenti da alcol, in Alcolismo diagnosi e terapia. Milano: Massau, 1979.
 - 33) Whitaker CA, Bumberry WM. Danzando con la famiglia. Un approccio simbolico-esperenziale. Roma: Astro-labio, 1989.
- SITI INTERNET:
- 34) www.alcolonline.com
 - 35) www.alcol.net
 - 36) www.alcooldrogalegale.com/articoli-alcolismo
 - 37) www.amarcord.info/a_giovani
 - 38) www.axnet.it
 - 39) www.carlo.anibaldi.com/terapia/alcolismo
 - 40) www.donbosco-torino/ita/Kairos/Attualità/2002-2003/11-Alcolismo_giovanile_20...
 - 41) www.europalex.kataweb.it/Article
 - 42) www.piemonte.lafragola.kataweb.it/torino/superiori/botta-ivrea/story
 - 43) www.radio24.il_sole24ore.com
 - 44) www.regione.emilia-romagna.it/tossicodipendenze/dati/dati-alcol
 - 45) www.supereva.it

La chirurgia bariatrica Il by-pass ileale e la diversione bilio-digestiva

Assistenza pre-post operatoria

di Stefano Bucci e Cinzia Chiapponi

INTRODUZIONE

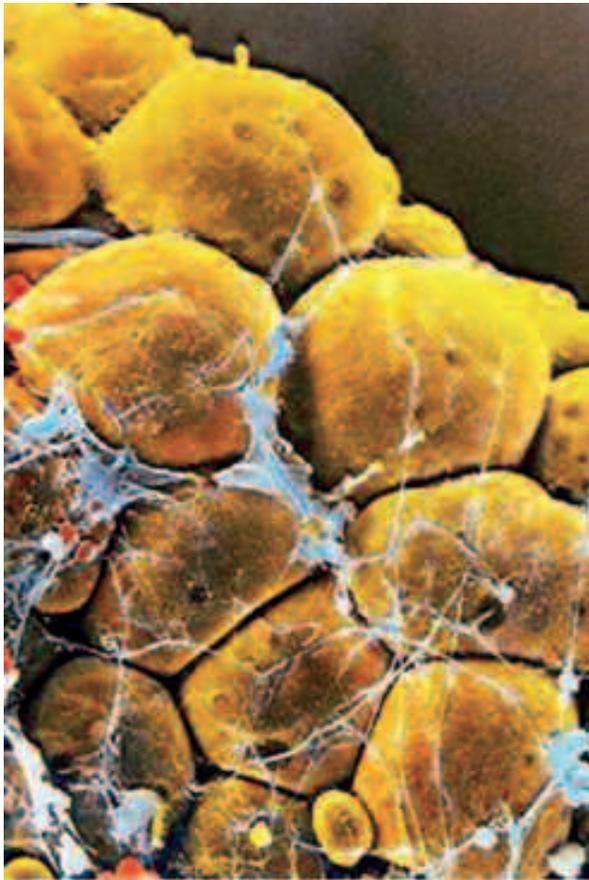
Obesità, patologia caratterizzata dall'accumulo d'eccessive quantità di tessuto adiposo a livello sottocutaneo e da un peso corporeo molto al di sopra dei valori normali. Lo sviluppo dell'obesità a partire da uno stato iniziale di sovrappeso può avvenire più o meno gradualmente, secondo l'individuo colpito. Il sovrappeso può manifestarsi nell'infanzia e poi regredire, oppure perdurare anche nella vita adulta. L'obesità può anche comparire in età avanzata.

1. CAUSE DELL'OBESITÀ

La deposizione di lipidi nelle cellule adipose, che forniscono circa il doppio dell'energia dei carboidrati o delle proteine, rappresentano un efficiente sistema con cui l'organismo accumula una riserva energetica di cui poter disporre. I lipidi, dunque, completano la funzione energetica, svolta innanzitutto dai carboidrati. La deposizione eccessiva di grasso corporeo è però un fenomeno anomalo, le cui cause non sono ancora del tutto chiarite.

L'obesità è probabilmente una patologia multifattoriale, scatenata cioè da cause differenti, che, secondo l'individuo, possono rivestire un significato più o meno preponderante. Spesso si riscontra un regime alimentare scorretto, a cui

possono essere associati altri fattori: in alcuni soggetti vi è uno *squilibrio del sistema endocrino*; in altri sembra che la causa vada ricercata in una *storia familiare d'obesità*. Possono anche essere presenti *disturbi a livello dell'apparato digerente, che alterano la capacità d'assorbimento delle sostanze nutritive*. Alcuni ricercatori hanno dimostrato che gli individui di peso normale compensano eventuali eccessi alimentari in modo fisiologico, alimentandosi in minore quantità, mentre gli obesi non sembrano in grado di attuare questo controllo. In alcuni di questi, la massa corporea può raggiungere un valore superiore alla norma perché, anche se i meccanismi che controllano il metabolismo energetico sono efficienti, vengono "regolati" su un valore d'equilibrio troppo alto. In tal caso, la causa della patologia può risiedere in *un'alterazione dei centri di controllo nervosi*. Si è anche verificato che *l'obesità può insorgere* dopo alcuni eventi scatenanti, quali la *gravidanza, un'attività fisica forzosamente ridotta e disturbi psicologici*.



Ron Boardman/Frank Lane Picture Agency/Corbis

Tessuto adiposo

Le cellule del tessuto adiposo, o adipociti, rappresentano la sede in cui i lipidi in eccesso si depositano, e dalla quale possono essere mobilizzati, come risposta ad aumentate esigenze energetiche dell'organismo. Il grasso corporeo forma spessi pannicoli sottocutanei in mammiferi adattati ai climi freddi; nell'uomo, se esso supera una certa percentuale rispetto alla massa totale, può indurre soprappeso e obesità. Nella foto, alcuni adipociti osservati al microscopio elettronico a scansione, ingranditi 530 volte.

1.1 Obesità e gene della leptina

Un particolare gene, chiamato *Ob*, codifica per un ormone, la leptina, che agisce a livello del tessuto adiposo e regola l'assunzione di cibo in dipendenza del consumo energetico. La mutazione di questo gene determina la sintesi di un ormone inefficace. Poiché il gene *Ob* è un gene recessivo, affinché si sviluppi l'obesità devono risultare mutati entrambi gli alleli portati dall'individuo; la presenza di anche un solo gene sano permette, dunque, un normale controllo del peso. L'obesità può svilupparsi anche quando risultano mutati non i geni, ma i recettori cellulari della leptina presenti nel cervello; in tal caso, infatti, anche se l'ormone viene prodotto normalmente, non può agire perché i recettori mutati non riescono a riconoscerlo e a legarlo correttamente e, dunque, non consentono a livello cerebrale la trasmissione del segnale di controllo per l'assunzione del cibo.

2. POSSIBILI COMPLICAZIONI

I soggetti obesi vanno incontro a possibili complicazioni del loro stato di salute generale, perché il soprappeso ha effetti negativi soprattutto sull'apparato scheletrico e sull'apparato circolatorio. Le malattie che più di frequente insorgono, come conseguenza dell'obesità, sono il diabete, l'insufficienza coronarica, l'infarto del miocardio, l'arteriosclerosi, l'ipertensione, l'insufficienza respiratoria e l'artrosi.

3. TERAPIA

Il tradizionale trattamento del paziente obeso consiste in un regime alimentare ipocalorico (in cui l'introito giornaliero di calorie è inferiore a quello ritenuto normale per una persona della stessa età e che svolge una normale attività fisica) che viene stabilito da un medico specialista (dietologo) e, nei casi più gravi, può

essere seguito in appositi centri di cura. Talvolta vengono prescritte diete proteiche liquide, simili a quelle utilizzate per alcuni pazienti ricoverati in ospedale, che, tuttavia, sconvolgono il naturale equilibrio idrosalino dell'organismo e compromettono la funzionalità cardiaca. Altri approcci terapeutici possono affidarsi a farmaci anoressizzanti, i cui principi attivi, derivati dalle anfetamine, agiscono inibendo la sensazione di fame. Vi sono dubbi, comunque, sull'efficacia dei risultati ottenuti con questa terapia; inoltre, sembra che la prolungata assunzione di essi provochi dipendenza. Per questi motivi, l'uso di anoressizzanti è oggi sempre più raro.

4. TERAPIA CHIRURGICA

Quando una persona raggiunge livelli di peso molto elevati, per intenderci circa il doppio del suo peso ideale, l'obesità assume i caratteri della malattia grave.

In questi casi gli interventi chirurgici servono a curare una malattia seria che può associarsi a complicanze spesso gravi e non ha certo fini estetici come nel caso d'obesità lievi o d'accumuli di grasso localizzati in alcune parti del corpo. L'intervento può essere in molti casi l'ultima e unica possibilità di cura in persone che hanno già tentato inutilmente tante altre terapie più o meno valide.

Per essere sottoposti ad un intervento di questo tipo, come abbiamo detto, una persona deve innanzitutto pesare almeno il doppio di quanto dovrebbe; questo significa che se ad esempio una donna alta 1.65 m. pesa circa 110 kg. può pensare di ricorrere ad un intervento per guarire la sua malattia. Come sappiamo, infatti, se la donna in questione è alta 1.65 m. dovrebbe avere un peso ideale di 57.5 kg. e pesando 110 kg pesa il doppio di quanto dovrebbe, ha cioè un eccesso di peso pari al 100%. Nel caso la stessa donna abbia un peso inferiore ma non di molto, per esempio circa 100 kg, ma presenti una delle complicanze dovute all'obesità (come può essere il diabete o la pressione alta), allora può chiedere lo stesso di essere operata. Naturalmente,

prima di parlare d'intervento, è necessario che questa persona venga studiata in modo molto approfondito per escludere che l'obesità possa dipendere da malattie d'altro genere (le famose "disfunzioni ") anche se ciò è molto raro. Vengono prese in considerazione quindi solo persone con obesità che dipenda dall'alimentazione, che duri da almeno 5 anni, che abbiano tentato invano altre terapie per almeno 2 anni, che abbiano un'età compresa tra 16 e 60-65 anni e che garantiscano una piena collaborazione all'equipe chirurgica.

Chi è che non va sottoposto a questo genere d'interventi? Senza dubbio i bambini, le persone d'età avanzata con rischio operatorio troppo elevato, le persone affette da dipendenze da droga o da alcool e da patologie psichiatriche. Inoltre vanno escluse le persone che possono avere problemi specifici in base alla tecnica operatoria scelta.

Gli interventi si classificano in due categorie: restrittivi e malassorbitivi.

La perdita di peso notevole com'è necessario in un grande obeso, s'impone impedendogli di mangiar troppo oppure di assorbire poco di quello che mangia. Ciò si realizza riducendo la parte di stomaco in grado di ricevere il cibo (restrizione gastrica) oppure riducendo la superficie d'intestino in grado di assorbire (malassorbitivo).

Analizzeremo solo la categoria degli interventi malassorbitivi, ed in modo particolare due delle tre tipologie d'intervento: il by-pass digiuno-ileale e la diversione bilio-digestiva. Il terzo, la diversione bilio-pancreatica non verrà trattata poiché non si hanno notizie rispetto l'aspetto infermieristico - assistenziale.

5. INTERVENTI MALASSORBITIVI

Sono interventi eseguiti a cielo aperto, ma conducibili anche in videolaparoscopia (nei centri più avanzati), basati sul principio del malassorbimento (più o meno selettivo) delle sostanze alimentari. I pazienti possono seguire una dieta relativamente libera sia quantitativamente che qualitativamente, ma l'as-

sorbimento e l'assimilazione delle sostanze, in particolare dei grassi è ridotta o parzialmente limitata. Tale meccanismo indotto di ridotto assorbimento comporta eccellenti riduzioni del peso corporeo ma sulla distanza sono descritte sindromi carenziali proteiche, anemizzazioni, sindromi diarroiche talora importanti. I tempi operatori sono dell'ordine delle 2-3 ore e comportano degenze medie di 6-10 giorni. La reversibilità dell'intervento malassorbitivo, pur essendo teoricamente possibile, non permette comunque una restitutio ad integrum come altre metodiche assicurano.

Gli interventi malassorbitivi rappresentano l'unica possibilità chirurgica in pazienti obesi poco collaboranti (tipo sweet-eaters, night-eaters, soggetti psicolabili) dove altre tecniche che richiedono maggior collaborazione non possono essere proposte.

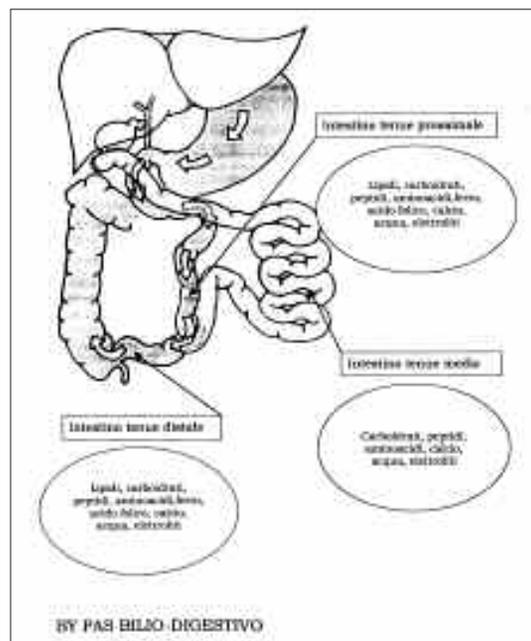


5.1 Diversione (o Bypass) Bilio-digestiva

La diversione bilio-intestinale è un intervento MALASSORBITIVO che consiste nell'escludere dal passaggio degli alimenti la maggior parte dell'intestino

tenuo: si crea così una restrizione della superficie intestinale assorbente e, di conseguenza, un marcato incremento della velocità di transito del contenuto intestinale. Anche la secrezione biliare viene parzialmente esclusa dal contatto con gli alimenti, riducendo pertanto l'assorbimento dei grassi. L'effetto di tali modificazioni è responsabile del calo ponderale nel paziente operato, indipendentemente dalla quantità e dalla qualità dei cibi ingeriti. Tutto ciò si ottiene attraverso una sezione dell'intestino e due collegamenti interni (anastomosi) fra intestino e colecisti e fra intestino ed intestino. L'intervento può essere condotto per via videolaparoscopica. La laparoscopia è una procedura che consente l'esecuzione dell'intervento

tramite minime incisioni della parete addominale attraverso le quali vengono introdotti una telecamera e gli strumenti chirurgici necessari all'esecuzione dell'operazione. Il chirurgo operatore è comunque autorizzato, in caso di necessità, a riconvertire l'intervento con un accesso laparotomico, ossia aprendo la parete addominale in modo tradizionale.



5.2 By-pass digiuno-ileale

In questo intervento dal nome per molti incomprensibile, si mette in comunicazione il primo tratto del digiuno, cioè la parte iniziale dell'intestino che assorbe molto, con l'ileo, che è invece l'ultima parte dell'intestino stesso il quale assorbe poco. In questo modo il cibo quando arriva nell'intestino viene "bypassato" nell'ileo cioè salta gran parte del digiuno finendo direttamente nell'ileo per cui ne deriva un scarso assorbimento del cibo stesso. Questo intervento che ebbe grande successo in passato rivelò poi tutti i suoi limiti in quanto poteva provocare diarrea spesso anche severa, problemi al fegato e ai reni, fino a più gravi problemi che ne hanno consigliato ai giorni nostri l'abbandono a meno di essere praticato con particolari accortezze solo in centri altamente qualificati con grande esperienza in questo intervento.

5.3 Le complicanze post-operatorie

Complicanze chirurgiche

- Infezione della ferita laparatomica (5%)
- Laparocoele post-operatorio (20%)
- Invaginazione dell'ansa esclusa (0,5%)
- Deiscenza dell'anastomosi (0,01%)
- Embolia polmonare (0,01%)

Complicanze precoci

- Disturbi perianali (emorroidi, ragade anale) relativi alle scariche diarroiche per 4-5 mesi (30%)
- Deplezione elettrolitica con terapia integrativa:
 - o ipopotassiemia (5%)
 - o ipomagnesemia (1%)
 - o ipocalcemia (5%)

Complicanze a medio termine (3-24 mesi)

- Effetti sull'apparato gastroenterico :
 - o Nausea (10%)
 - o Vomito (10%)
 - o Meteorismo, dolori addominali (10%)
 - o Epatopatia acuta con exitus (0,7%)
 - o Nefrolitiasi (1%)
 - o Colelitiasi (4%)
 - o Artralgie migranti (0,5%)

Complicanze a lungo termine (>24 mesi)

- Steatosi epatica che talvolta può evolvere in cirrosi (1%)
- Insufficienza renale cronica (0,5%)

ASSISTENZA PRE - OPERATORIA

PREPARAZIONE PSICOLOGICA

Ogni paziente prima dell'entrata nella struttura specialistica, è sottoposto ad un colloquio con uno psicologo che valuta e relaziona lo stato psicologico dell'interessato e stabilisce se è pronto o meno ad affrontare un intervento di questa portata.

Il paziente si presenta all'infermiere come una persona molto curiosa e volenterosa nell'affrontare l'intervento, ha voglia di cambiare aspetto e di vivere una vita dentro un corpo che non gli dà problemi estetici e psicologici.

Molti dei pazienti scherzano sul loro aspetto fisico, un chiaro sistema di difesa, l'autoironia, che li aiuta a sopravvivere senza troppi problemi, ma contemporaneamente manifestano la loro voglia di cambiare e vivere una nuova vita. Diverse sono le tipologie di pazienti obesi quante le loro cause, di conseguenza ci si presentano di fronte diversi quadri clinici, dal paziente che mangia quantità di cibo spropositate per motivi psicologici o neurologici, a quello che ingrassa senza mangiare per uno squilibrio metabolico.

In tutti i casi, il paziente va rassicurato, gli si deve spiegare che perderà il suo peso e potrà affrontare nell'arco di pochi mesi una vita con un corpo più leggero, bisogna prospettargli il massimo risultato raggiungibile con l'intervento in modo da incoraggiarlo e accompagnarlo serenamente verso il gran passo che è l'intervento.

Si deve evitare di parlare delle complicanze post operatorie e dei disturbi che dovrà affrontare, anche se già li conosce è meglio evitare altri pensieri prima dell'intervento.

PREPARAZIONE PER L'INTERVENTO

Giorno prima dell'intervento

- Rilevazione dei parametri vitali (PA, Tc, Fc), glucotest e misurazione del peso e dell'altezza all'entrata in reparto
- Dieta liquida la sera prima dell'intervento
- Terapia con anticoagulanti la sera prima dell'intervento

Giorno dell'intervento

- Paziente a digiuno
- Tricotomia :
 - Limite superiore: 3cm sopra apofisi tifoidea
 - Limite laterale: ascellare posteriore
 - Limite inferiore: 3cm sotto il pube
- Innesto del catetere venoso periferico
- Posizionamento del catetere vescicale
- Posizionamento del sondino naso-gastrico
- Terapia antibiotica prima della chiamata in camera operatoria

- Preparazione della documentazione clinica
- Invio del paziente in sala operatoria

ASSISTENZA POST OPERATORIA

L'arrivo in reparto

- Rilevazione parametri vitali (PA, Tc, Fc, Fr) e glucotest (se paziente diabetico)
- Rilevazione dell'attività respiratoria, del sensorio e della diuresi
- Controllo della ferita
- Controllo dei drenaggi (1 drenaggio di Redon nel by-pass digiuno-ileale, 1 drenaggio a caduta più 1 di Redon nella diversione bileo-digestiva)
- Controllo e test del giusto funzionamento del sondino per evitare il vomito
- Fleboterapia più gastroprotettori ed elementi per l'equilibrio idroelettrolitico
- Antibiotico terapia
- Terapia antitrombotica
- Terapia antidolorifica (infusor antalgico o terapia a bisogno)
- Presenza di un familiare per la prima notte

Il giorno successivo all'intervento

- Rimozione del catetere vescicale
- Mobilizzazione precoce
- Informare il paziente riguardo l'importanza della mobilizzazione per una precoce ricanalizzazione dell'alvo
- Mantiene digiuno fino alla prima canalizzazione
- Controllo dei drenaggi
- Controllo e medicazione della ferita chirurgica

Il giorno della canalizzazione dell'alvo

- Chiusura del SNG per testare il transito regolare dei liquidi
- Dieta idrica
- Rimozione del SNG dopo 12 ore se il paziente non presenta nausea e vomito
- Controllo dei drenaggi

Il giorno dopo la canalizzazione dell'alvo

- Dieta semiliquida
- Riduzione della fleboterapia
- Integratori idroelettrolitici per OS (inte-

- gratori salini e calcio)
- Controllo delle scariche diarroiche (10-12 die)
- Controllo dei drenaggi
- Si consiglia la presenza di un familiare per l'eccessive scariche diarroiche a volte anche notturne

2 giornate dopo la canalizzazione

- Sospensione della terapia infusioneale
- Dieta libera iperproteica
- Controlli ematici degli elettroliti e delle proteine
- Completa autonomia del paziente
- Controllo dei drenaggi

Il giorno prima della dimissione

- Sospensione della terapia antibiotica (se non ci sono complicanze)
- Sospensione della terapia antitrombotica
- Rimozione dei drenaggi

Il giorno della dimissione

- Rimozione dei punti di sutura della ferita chirurgica
- Educare il paziente riguardo la dieta:

Nei primi mesi dieta libera ed iperproteica (carni bianche, carni rosse, pesce, uova, formaggio stagionato) e assolutamente priva d'alcool.

Da escludere frattaglie, crostacei con restrizione di grassi alimentari, pomodori, carote, cioccolati ecc..

Si consiglia assunzione di liquidi con un massimo introito giornaliero di 1,5lt o 2lt. La dieta deve essere integrata con prodotti elettrolitici, polivitaminici

- Educare il paziente riguardo l'importanza di praticare attività fisica in genere ed in particolare per rafforzare la massa muscolare
- Educare il paziente riguardo l'importanza di eseguire controlli clinici e ed ematici ad 1-3-6-12-18-24 mesi dopo la dimissione

- Informare il paziente riguardo alle complicanze probabili post-intervento (vedi complicanze post-operatorie)

LA FEBBRE

Consideriamo nella norma la presenza di febbre nei primi giorni post intervento. In caso di persistenza della febbre si esegue esame urine con urino cultura ed eventuale radiografia del torace, si sostituisce la terapia antibiotica.

Controllo d'eventuale infezione della ferita, con conseguente tampone per ricerca di germi comuni e in conseguenza terapia antibiotica mirata.

IL DOLORE

La maggior causa di sintomatologia dolorosa è dovuta all'intervento stesso, alla posizione del paziente sul letto operatorio (visto le complicanze di posizionamento dovute all'eccessiva massa corporea).

Il paziente viene trattato con terapia analgica continua nelle 24 ore (infusor) e al bisogno (generalmente keterolac se non allergico ai FANS).

IN SINTESI

La pianificazione di un piano assistenziale per un paziente che ha subito un intervento di chirurgia bariatrica, è per l'infermiere una sfida continua con la variabile psicologica dell'operato.

Il decorso post-operatorio, se privo di complicanze, non comporta grandi problemi gestionali per l'equipe infermieristica, dopo la canalizzazione le condizioni del paziente migliorano giorno dopo giorno con un graduale aumento dell'autostima e della sicurezza dell'assistito, migliora d'umore e di conseguenza affronta i giorni prima della dimissione con estrema tranquillità.

I problemi gestionali subentrano quando i tempi di canalizzazione aumentano o si verifica una delle complicanze post-operatorie precoci, rare ma non impossibili.

Il paziente si preoccupa e quel lieve equilibrio mentale che lo ha portato a decidere d'eseguire l'intervento si potrebbe distruggere e scatenare una serie di dubbi e perplessità che vanno a complicare il decorso post-operatorio.

Ruolo fondamentale viene svolto da tutta l'equipe sanitaria, l'infermiere deve far capire al paziente le diversità fisiologiche d'ogni essere umano, che i pro-

blemi si possono risolvere con piccole accortezze e che trovandosi in un ambiente protetto non deve temere nulla, in sostanza rassicurarlo e rimediare ai problemi che stanno allungando o infastidendo il normale decorso post-operatorio.

L'informazione è alla base della risoluzione di molti problemi che l'infermiere si trova ad affrontare, è uno strumento importante che va imparato ad usare perché veicolo di rassicurazione e serenità mentale.

AUTORI

I.P. Stefano Bucci

I.P. Cinzia Chiapponi

bibliografia

Microsoft® Encarta® Enciclopedia Plus. © 1993-2002 Microsoft Corporation.

Humanitas Gavezzani –Trattamento Chirurgico Obesità Grave- www.gavezzani.it

Policlinico Universitario Tor Vergata – Chirurgia Generale – www.med.uniroma2.it

A.I.O Chirurgia Obesità Grave – M.Lucchese

Le riunioni di lavoro ai confini tra efficacia e insofferenza

di Maria Rita Barberis

La quotidianità aziendale si caratterizza per la periodica necessità di pianificare riunioni, che, si sa, costituiscono un elemento primario nell'attività lavorativa.

Tuttavia, pur essendo la loro utilità da tempo consolidata, di fatto, nelle aziende, l'atteggiamento di base del personale nei confronti delle riunioni spesso non è assolutamente entusiasmante. Vigè al riguardo una comune perplessità sul loro livello di efficienza, ritenuto non sempre soddisfacente e di qualità. Ne consegue che spesso le riunioni si rivelano momenti di frustrazione, in quanto destano la sensazione di inutili perdite di tempo e di mancato raggiungimento di punti fermi, chiari, condivisi e concreti.

Eppure non va dimenticato che lo scambio di informazioni, il senso di coinvolgimento, di appartenenza ad una struttura aziendale, la condivisione di esperienze ed i rinforzi motivazionali sono favoriti soprattutto da quei momenti in cui il personale si incontra, si confronta e insieme discute con profes-

sionalità le soluzioni più efficaci e rapide nel raggiungere gli obiettivi individuati.

I punti di vista possono essere anche differenti, come pure le iniziative di problem solving, ma di base c'è lo spunto per dare origine a idee migliori di quelle prodotte individualmente, favorendo altresì l'opportunità di collaborare con il proprio gruppo di lavoro per crescere ed offrire prestazioni più efficaci, imparando a superare le resistenze al cambiamento.

Il progresso aziendale, sia interno che esterno, viene quindi favorito dalle riunioni di lavoro, ma va anche sottolineata la facilità con cui è possibile banalizzarle e compromettere così il loro risultato finale.



A decretarne l'insuccesso spesso sono soprattutto l'improvvisazione spicciola ed una organizzazione logistica poco mirata.

PASSI CONCRETI PER RIUNIONI EFFICACI

Le riunioni si identificano principalmente in tre differenti tipologie, raggruppabili in: riunioni informative, organizzate principalmente per comunicare novità e cambiamenti, generalmente ad un ampio pubblico di partecipanti. Meeting di analisi in cui si utilizzano tecniche sia come il brain storming per sviluppare un progetto e sia gli incontri consultivi in cui i superiori ascoltano i pareri dei collaboratori. Riunioni decisionali sono le più esclusive, richiedono tempi superiori rispetto alle altre e, in linea di massima, sono costituite da un gruppo massimo di 7 persone. E' difficile prendere decisioni quando si è in troppi, oppure quando i presenti non sono quelli "giusti".

Ma al di là della tipologia, le riunioni quali importanti e riconosciuti momenti lavorativi, assumono le sembianze di strumenti organizzativi e, come tali, vantano l'esigenza di adeguati tempi di preparazione. L'improvvisazione in ogni caso non garantisce la loro buona riuscita. Esistono infatti alcune importanti variabili che non vanno omesse o banalizzate, in quanto sono di fondamentale importanza nell'assicurare il coordinamento e l'integrazione delle risorse professionali: ovvero il successo delle riunioni.

E' buona norma preparare quindi in anticipo e con accuratezza tutti i dettagli, che comprendono dei punti base imprescindibili, di seguito riassumibili.

Definizione degli obiettivi

E' buona norma mettere sempre a fuoco l'argomento e la finalità della riunione, predisponendo un Ordine del Giorno che contenga tutte le tematiche da sviluppare, oltre a mettere in evidenza gli scopi da raggiungere durante l'incontro. In questo modo vengono focalizzati gli aspetti salienti, evitando inutili divagazioni.

A supporto di questa fase risulta utile stendere una scaletta degli interventi e raccogliere tutta la documentazione necessaria per quell'occasione (es. normative, rapporti, statistiche, ecc.).

Infine, una breve relazione scritta da inviare al termine del lavoro che riassume i punti salienti dell'incontro, è vantaggiosa per evitare equivoci sulle decisioni raggiunte

Fase organizzativa

L'organizzazione delle riunioni non può prescindere dallo stabilire data e orario di incontro e dall'avvisare con congruo anticipo tutti i partecipanti, mediante nota informativa scritta. Ideale sarebbe fissare anche l'orario di chiusura, al fine di scoraggiare eventuali perdite di tempo ed il prolungarsi delle discussioni.

Altro particolare da non trascurare consiste nell'individuare con precisione le persone interessate alla riunione, evitando rigorosamente di inserire collaboratori non "attinenti" a quel determinato incontro e magari trascurandone altri che potrebbero offrire il loro serio contributo. Ovviamente nell'organizzazione logistica va riservato un "prezioso" spazio anche all'individuazione del locale più idoneo ad ospitare i partecipanti. Una sala grande e ben illuminata, non disturbata da rumori esterni e comoda per prendere appunti è quanto di più adatto si possa scegliere. Non da ultimo, la predisposizione di supporti comunicativi (audiovisivi, video registratore, videocassette, ecc.) da utilizzare durante la riunione.

Tecniche di gestione dei gruppi

La riunione di lavoro è un gruppo di persone che si incontra per un obiettivo. Vivere in un gruppo significa essere con gli altri, entrare in rapporti con altre persone, influenzarle ed esserne influenzati, creare interazioni.

A tal fine è di fondamentale valore applicare adeguate tecniche di comunicazione e di gestione dei gruppi, tali da creare un clima relazionale favorevole e consentendo a tutti i presenti di partecipare attivamente ai lavori.

In particolare sono tecniche efficaci:

- Porre domande aperte in modo da offrire la possibilità ad ogni partecipante di esprimersi liberamente
- Valorizzare le competenze di ciascuno in modo tale che i presenti si sentano motivati, responsabilizzati e soprattutto dimostrando di considerare positivamente il loro supporto
- Accostare persone di gruppi diversi, per facilitare la coesione all'interno dell'azienda e la collaborazione di tutti, evitando così la formazione di coalizioni
- Aprire un dibattito raccogliendo le idee di tutti i partecipanti, facendo delle domande aperte e accettando qualsiasi suggerimento senza commenti o osservazioni critiche (Brainstorming).
Quanto emerso viene sintetizzato su un foglio grande o sulla lavagna. Anche chi presiede la riunione può dare il proprio contributo ed aggiungerlo a quello degli altri. In questo modo tutti i contributi vengono messi sullo stesso piano, e tutti hanno la possibilità di partecipare.
- Giro di parola. E' una tecnica per dare a tutti la possibilità di partecipare, anche

alle persone più timide. Si invitano i componenti a turno ad esprimere la propria opinione. Affinché il giro di parola riesca è buona norma:

- evitare interruzioni fino a quando ciascuno non abbia finito di parlare
- effettuare eventuali commenti sull'intervento dopo che sia stato completato il giro (cioè nessuna interferenza, apprezzamenti, interpretazioni critiche). Il giro di parola può essere utilizzato per iniziare o concludere un incontro, oppure per ottenere un feedback sull'andamento dei lavori.

Il ruolo di chi presiede l'incontro

Non è plausibile omettere l'importanza della funzione ricoperta da colui che presiede la riunione di lavoro. Esso ricopre infatti un ruolo pressoché strategico. Infatti:

- Coordina gli interventi secondo l'ordine del giorno e propone un piano di lavoro
- Sottolinea l'obiettivo dell'incontro
- Può essere aiutato da un coadiutore per introdurre gli argomenti, proporre solu-



- zioni e appianare gli eventuali conflitti.
- Dal momento che quasi tutti si sentono nervosi quando partecipano ad una riunione, chi la presiede deve fare in modo di "rompere il ghiaccio" per far sì che le persone si sentano a proprio agio, superando la paura di "non aver niente da dire", "di parlare troppo", di "apparire sciocco", di provare "imbarazzo nel parlare in pubblico", ecc.
- E' attento ai vari componenti la riunione, ai ruoli che assumono ed alle possibili diatribe che si possono scatenare
- Presta attenzione al linguaggio utilizzato, che deve essere semplice e chiaro
- Fissa su fogli visibili a tutti i punti salienti che emergono, le acquisizioni, gli interrogativi in modo da evitare dispersioni di lavoro
- Gestisce le obiezioni
- Disciplina gli interventi stimolando le persone troppo silenziose
- Dosa il tempo degli interventi ed evita lungaggini inutili
- Si assicura che la riunione si concluda con un risultato effettivo e per evitare una dispersione di stimoli ricevuti è opportuno fare una sintesi e trarre delle conclusioni
- Se si incontra il gruppo di lavoro per la prima volta è importante che il conduttore si mescoli, prima dell'attività ufficiale, con i partecipanti per creare un primo contatto informale e soprattutto per scoprire le prime caratteristiche del gruppo stesso. Ciò permetterà di avviare il lavoro in maniera più realistica.

Errori da evitare

Esistono degli errori piuttosto comuni che spesso compromettono la buona riuscita di una riunione di lavoro. In particolare sono da evitare i seguenti:

- Stendere un ordine del giorno poco chiaro
- Non fissare delle pause ad intervalli regolari. L'attenzione infatti ha una durata limitata e, discutere per ore senza interruzioni, è controproducente.
- Interrompere la riunione per ricevere telefonate
- Utilizzare i meeting per sottolineare l'autorità di un manager o per evitare ad un

superiore di assumersi responsabilità decisionali.

- Convocare incontri a scadenze fisse, anche se non c'è nulla da dire

CONCLUSIONE

E' probabile che alcuni di questi argomenti suonino abbastanza familiari a molti, ma non è altrettanta consuetudine che essi vengano diligentemente applicati in ambito aziendale. Così il rischio di organizzare o partecipare a riunioni "scadenti" è oggettivamente concreto.

Per ovviare a ciò e gestire con intelligenza questi preziosi momenti di incontro e di scambio, basta solo un po' di buona volontà, di giusto impegno e l'ausilio di idonei strumenti tecnici.

La dilagante insofferenza verso le riunioni può essere quindi facilmente debellata, in una realtà complessa in cui le riunioni rappresentano ormai uno spazio costante e crescente nel sistema produttivo.

AUTORE

*Maria Rita Barberis
Dottore in Sociologia*

Competenze e responsabilità nella gestione della terapia sostitutiva renale in terapia intensiva. Il parere infermieristico.

di Alessandro Delli Poggi

Le terapie sostitutive renali continue (CRRT) hanno sempre rappresentato, sin dalla loro introduzione, una terapia d'élite eseguita principalmente nelle unità operative di terapia intensiva, con o senza il coinvolgimento del personale infermieristico nefrologico o di un centro dialisi. Il problema di fornire assistenza al paziente che necessita di questo tipo di terapia, non rappresenta tanto un dibattito sul controllo infermieristico sulla CRRT, quanto invece una vera e propria discussione, oggi particolarmente sentita, focalizzata alla gestione infermieristica e l'erogazione dell'assistenza al paziente che riceve la CRRT in ambito di terapia intensiva. Quindi, riassumendo, una sorta di "a chi spetta?" e "in che modo?", dove il più delle volte, dietro l'ambiguità della gestione, si nasconde un vero e proprio scarico di responsabilità tra il personale infermieristico dei reparti di nefrologia e quelli di terapia intensiva. Ma se dal lato infermieristico la CRRT rappresenta un problema di gestione, dal lato medico, quasi sempre, il controllo di questa terapia è simbolo di potere e di importanza; questa sorta, quindi, di rincorsa e accaparramento di nuove tecniche sostitutive da parte di una o l'altra équipe sanitaria, non fa altro che fomentare l'ambiguità sulla gestione della CRRT da parte degli infermieri di ambedue le parti, che al contrario di aver chiarezza in merito con un buon processo formativo, intraprendono questa nuova terapia quasi sempre come una imposizione dall'alto. E'

chiaro quindi, che l'introduzione di queste nuove terapie trovano quasi sempre una certa resistenza soprattutto da parte di chi realmente le gestisce, determinando una sorta di personalizzazione del trattamento di CRRT diversa da ospedale ad ospedale.

Questa personalizzazione, il più delle volte, si manifesta con l'esecuzione del trattamento sostitutivo renale, nella terapia intensiva, solo esclusivamente durante l'orario di servizio del personale sanitario del reparto di nefrologia e dialisi (12 ore giornaliere) e soprattutto alla presenza di una sua unità infermieristica. Questo determina, oltre alla carenza di organico, una restrizione nel tempo della terapia che non è più continua ma diviene un trattamento sostitutivo renale intermittente prolungato (della durata di massimo 8/10 ore), perdendo così tutta l'efficienza della CRRT come dimostrato dalla letteratura scientifica fin ora. E' così che il più delle volte dietro a nuove terapie con nuove diciture (vedi SLED "slow extended dialysis" ecc.), si nasconde una carenza di tipo organizzativo da parte delle strutture ospedaliere.

Questo lavoro non vuole sicuramente riempire questi buchi organizzativi, ma vuole esaltare un modello organizzativo infermieristico, già in uso in altri paesi, di tipo collaborativo tra le unità operative di nefrologia e dialisi e quelle di terapia intensiva.

Lo scopo è quello di rendere più semplice la gestione della CRRT favorendone l'in-

gresso nei reparti senza dover arrecare maggior peso sul carico di lavoro, già di per se gravoso a cui gli infermieri sono oggi giorno sottoposti. Inoltre il modello collaborativo porta un più alto livello di esperienza infermieristica al letto del paziente, promuovendo la collaborazione tra due specialità infermieristiche, con l'opportunità di creare degli standard unificati e sviluppando la ricerca.

Quindi a tale scopo esamineremo i modelli di assistenza infermieristica attualmente in uso, compareremo le loro caratteristiche ed infine daremo una definizione del modello preferito per l'erogazione dell'assistenza infermieristica sul paziente sottoposto a CRRT.

Influenze sull'erogazione dell'assistenza

Prima di definire un vero ed appropriato modello infermieristico per la CRRT, è indispensabile esaminare i fattori che influenzano l'ambiente assistenziale del paziente. Questi fattori influiscono particolarmente sulle risorse utilizzate nell'erogazione dell'assistenza durante la CRRT, e possono essere classificati in due categorie: i fattori generali e i fattori specifici.

Fattori generali

Questo tipo di fattori sono sempre presenti in ambiente sanitario in ogni paese.

La necessità di contenere se non ridurre i costi. Questo problema, a cui oggi si cerca di far fronte nel nostro paese attraverso i DRG ecc., determina un limite nell'applicazione di terapie sofisticate come la CRRT in quanto influenza i costi e i rimborsi complessivi.

La diminuzione delle risorse infermieristiche al letto del paziente. Oggi ci sono sempre meno infermieri e si cerca di sostituirli con figure di supporto che sicuramente non hanno la preparazione necessaria per poter gestire queste nuove terapie. La carenza infermieristica limita il numero totale degli infermieri di terapia intensiva disponibili i quali hanno sempre meno tempo per la gestione della CRRT.

L'aumento dei pazienti acuti/critici. Alla carenza delle unità infermieristiche si contrappone l'aumento dei pazienti

che necessitano di assistenza sempre più complessa ed intensa.

La maggiore consapevolezza del paziente/cliente. Oggi i pazienti e le famiglie sono sempre più consapevoli dei livelli di qualità dell'assistenza sanitaria erogata. Quindi se da una parte le risorse sanitarie si contraggono, dall'altra il cliente si difende e chiede standard qualitativi sempre più alti nell'assistenza infermieristica.

Fattori specifici

Questi fattori sono rappresentati dai requisiti particolari di ogni reparto ospedaliero.

La grandezza e tipo dell'unità di terapia intensiva. Questo influenza il numero dei casi di trattamenti di CRRT eseguiti annualmente ed il numero degli infermieri impiegati.

Il numero di trattamenti di CRRT eseguiti per anno.

Il tipo di apparecchiature utilizzate per CRRT.

La presenza e la disponibilità di unità infermieristiche provenienti dall'unità operativa di nefrologia/dialisi.

Il livello di esperienza maturata dal personale infermieristico di terapia intensiva. Questo può variare da ospedale ad ospedale.

Il rapporto tra numero di infermieri dedicati per la CRRT ed il turnover del personale.

I costi della CRRT per paziente. I costi totali dipendono dal rapporto di infermieri per trattamento, il tempo di reperibilità, i costi delle apparecchiature e del materiale di consumo.

Una volta esaminati e valutati tutti questi fattori si può procedere a strutturare un modello organizzativo per l'assistenza infermieristica per i pazienti sottoposti a CRRT.

Esperienze infermieristiche a confronto

Per poter strutturare, quindi, un modello assistenziale infermieristico si passerà ad esaminare l'esperienza specifica professionale di ogni specialità infermieristica in rapporto alla CRRT. In questo caso verranno messe a confronto l'esperienza in-

fermieristica in area critica e in nefrologia, come viene elencato nella tabella sottostante.

Area di esperienza Terapia intensiva Nefrologia		
Monitoraggio emodinamico	+++++	++
Monitoraggio della performance del sistema CRRT	+ o -	+++++
Valutazione della risposta a tutte le terapie	+++++	+
Valutazione funzione renale/risposta alla CRRT	+++	++++
Aspetti tecnici della CRRT	+ a +++	++++

Tabella1:comparazione esperienza infermieristica nella CRRT (R.K.Martin University of California, California, USA - EDTNA-ERCA JOURNAL suppl.2/02)

Dalla tabella si evidenzia come l'infermiere di area critica sia molto più esperto nel monitoraggio emodinamico del paziente in quanto sono responsabili del monitoraggio continuo, mentre l'infermiere di nefrologia lo esegue solo durante il trattamento sostitutivo renale. Il monitoraggio della CRRT è sicuramente il campo dove meglio si destreggia l'infermiere di nefrologia, non solo agendo come esperto degli aspetti tecnici, ma anche conoscendo le caratteristiche delle membrane, valutando la clearance e la funzionalità renale del paziente.

Modelli infermieristici per la CRRT

Esaminati i fattori che influenzano l'erogazione assistenziale infermieristica, e comparate le specifiche esperienze, facendo anche riferimento ad altre esperienze in altri paesi, andiamo ora ad elencare ed approfondire i tre modelli su cui possono essere strutturate le risorse infermieristiche per l'assistenza al paziente con CRRT.

Supporto infermieristico nefrologico

Questo modello tiene conto dell'utilizzo di infermieri di nefrologia per la gestione del sistema CRRT 24 ore al giorno, sette giorni la settimana. Possiamo vedere i vantaggi e svantaggi di questo modello nella tabella sottostante.

Supporto infermieristico nefrologico	
Vantaggi	Svantaggi
Ampia comprensione dei principi e aspetti tecnici della CRRT	Due infermieri non sono necessari per il mantenimento orario del sistema
Gli infermieri sono esperti in terapie sostitutive renali	Molti servizi di nefrologia non possono fornire un supporto 24 ore al giorno
Tende a mantenersi aggiornato sulle innovazioni e cambiamenti della CRRT	Possibile conflitto di ruolo con l'infermiere di terapia intensiva
Fornisce un secondo operatore assistenziale al letto del paziente	Due operatori assistenziali al letto del paziente non sono cost-effective

Tabella 2: modelli di supporto infermieristico per la CRRT (R.K.Martin University of California, California, USA - EDTNA-ERCA JOURNAL suppl.2/02)

L'approfondita conoscenza e l'esperienza nella CRRT, non giustifica la permanenza di due infermieri al letto del paziente, rendendo il modello di supporto solo nefrologico non cost-effective. Questo modello può essere utilizzato solo esclusivamente nelle istituzioni dove si eseguono raramente le CRRT purchè ci sia la possibilità di sostituire il personale di nefrologia, con altro di ugual competenza, attraverso ditte esterne (cooperative ecc.).

Supporto infermieristico di terapia intensiva

In questo modello assistenziale, è l'infermiere di terapia intensiva che si prende tutto l'onere della gestione della CRRT e dell'assistenza al paziente. I vantaggi e reattivi svantaggi sono elencati nella tabella seguente.

Questo modello viene utilizzato in alcuni ospedali dietro la supervisione di un neurologo esperto e di un medico di terapia intensiva. Per questioni di sicurezza, tutti gli infermieri di terapia intensiva che si occupano di pazienti con CRRT, devono acquisire e mantenere competenze in tutti gli aspetti della terapia. Per tale motivo questo modello viene costantemente minato dal turnover e dai continui attriti del personale nel reparto di terapia intensiva.

Supporto infermieristico di terapia intensiva

Vantaggi	Svantaggi
Possibili minori ritardi nell'inizio	Può aggiungersi al carico di lavoro dell'infermiere al letto del paziente in un ambiente già stressante
Può eseguire in tempo reale la valutazione e infusione dei liquidi intravascolari	Deve avere un adeguato numero di casi, infermieri preparati, personale e materiale per mantenere un elevato livello di esperienza
Elimina i problemi di conflitto di ruolo	Possibili cambiamenti nel rapporto infermiere/paziente non sono cost-effective

Tabella 3: modelli di supporto infermieristico per la CRRT
(R.K.Martin University of California, California, USA - EDTNA-ERCA JOURNAL suppl.2/02)

Supporto unificato interdisciplinare

L'ultimo modello che prendiamo in considerazione è quello unificato nefrologico/terapia intensiva; questo può articolarsi in vari modi dalla completa esecuzione della CRRT da parte dell'infermiere di nefrologia/dialisi ad eccezione del monitoraggio orario, fino al contributo, da parte di questo, in qualità di consulente esterno agli infermieri di area critica. Il livello di qualità assistenziale in questo mo-

L'importanza della collaborazione interdisciplinare

Il continuo aumento dei pazienti acuti nelle terapie intensive e la riduzione drastica che oggi ben conosciamo nel rapporto infermiere/paziente, ci porta sempre più a considerare valida ed indispensabile la collaborazione interdisciplinare quando sono coinvolte terapie complesse. Gli studi di ricerca hanno dimostrato che la collaborazione interdisciplinare migliora gli esiti

Supporto infermieristico unificato Nefrologico/terapia intensiva

Vantaggi	Svantaggi
Infermiere nefrologico dedicato all'avvio in sicurezza e al mantenimento della CRRT	Possibili ritardo nell'inizio della terapia
Entrambe gli infermieri di nefrologia e terapia intensiva valutano ed utilizzano la CRRT per raggiungere i traguardi terapeutici stabiliti per il paziente	I ruoli e le responsabilità possono divenire ambigui
Porta elevati livelli di qualità da entrambe le specialità al letto del paziente	Le differenze filosofiche e degli standard possono creare ostacoli agli sforzi
Il processo di qualità improvement esamina i continuum dell'assistenza al paziente	Processo di qualità improvement più gravoso
Probabilmente cost-effective	Possibilmente non cost-effective

Tabella 4: modelli di supporto infermieristico per la CRRT
(R.K.Martin University of California, California, USA - EDTNA-ERCA JOURNAL suppl.2/02)

dello è alto in quanto due figure specialistiche di infermieri collaborano direttamente al letto del paziente. Inoltre un altro vantaggio che porta questo tipo di modello è determinato dalla presenza dell'infermiere di nefrologia/dialisi dedicato all'avvio e al monitoraggio quotidiano della terapia. La tabella indica i principali vantaggi e svantaggi che questo modello può presentare nella sua esecuzione.

del paziente e riduce notevolmente i costi organizzativi¹. Inoltre è stato dimostrato come le evidenze di collaborazione sono associate ad un minor rischio di prolungamento di ricovero².

Negli Stati Uniti gli standard di Assistenza

1 Koerner B, Armstrong D. collaborative practice cuts cost of patient care: study; *Hospital* 1984; 58; (10)
2 Koerner B., Cohen J., Armstrong D. Collaborative practice and patient satisfaction. *Evaluation of Health Profession* 1985;8; 299-321.

Infermieristica per la CRRT emanati dall'ANNA (American Nephrology Nurses Association) sono stati revisionati ed adottati dall'American Association of Critical Care Nursing (AACV). Questo esempio di collaborazione infermieristica interdisciplinare ha fatto sì che venissero

riconosciute le conoscenze e le prospettive apportate dagli infermieri di nefrologia/dialisi in ambito di CRRT nelle terapie intensive.

C'è da dire inoltre che la collaborazione interdisciplinare al letto del paziente non è materia nuova nelle nostre Unità Operative; basti pensare al supporto extracorporeo con i tecnici terapisti di supporto cardiopolmonare, ai terapisti della riabilitazione, alla consulenza medica specialistica, o alla collaborazione tra infermieri esperti nella gestione di pazienti complessi.

Infine la collaborazione nella gestione della CRRT è necessaria per colmare quelle carenze nella pratica, che possono essere lasciate dalla mancata partecipazione di entrambe le discipline infermieristiche. Quindi può sembrare facile agire nell'ignoranza in una certa situazione senza essere consapevoli delle conoscenze necessarie per essere veramente efficaci. E questo è valido per entrambe le categorie; infermieri di nefrologia e dialisi e tutti quelli di area critica allo scopo di diffondere questa terapia in continua evoluzione e fornire un sempre più alto livello qualitativo di assistenza.

CONCLUSIONI

La collaborazione interdisciplinare nell'assistenza al paziente migliora, così negli esiti e nella soddisfazione dei pazienti stessi riducendo i costi. A tal proposito, ed in considerazione della continua riduzione delle risorse infermieristiche, il modello di supporto unificato Nefrologico/terapia intensiva risulta essere sicuramente il modello più efficace nella gestione del paziente critico con CRRT. Tale modello è risultato il più appropriato in termini di addestramento e formazione in quanto gli infermieri di nefrologia/dialisi vengono utilizzati come "esperti" per la terapia e

mantengono un livello di competenza all'interno dell'equipe assistenziale di terapia intensiva.

Tuttavia, affinché questo modello possa funzionare, è indispensabile che ci sia un accordo tra entrambe le strutture (Nefrologia/dialisi e terapia intensiva) soprattutto per quanto riguarda i ruoli, gli standard e processi definiti. Inoltre è opportuno che chi partecipa a tale modello sia costantemente aggiornato soprattutto allo scopo di condividere la sua conoscenza con gli altri membri dello staff e mantenere costantemente aggiornati gli standard lavorativi. Per tale ragione, ed in virtù dell'esperienza americana citata precedentemente, è importante considerare l'opportunità di una interazione tra le varie associazioni infermieristiche nazionali sia di area critica e sia di nefrologia e dialisi; questo permetterebbe, oltre ad un continuo confronto e scambio di esperienze, anche la creazione di uno strumento di formazione ed aggiornamento a cui entrambe le categorie infermieristiche potrebbero far riferimento per risolvere i quotidiani problemi non solo di ordine tecnico ma anche di responsabilità nella gestione di queste terapie sostitutive renali.

AUTORI

*D.A.I. Alessandro Delli Poggi
Nefrologia e Dialisi
Università degli studi "La Sapienza"
Az. Policlinico Umberto I*

1. Aa.Vv. Sistemi di controllo e valutazione per la regolarità, la direzione e l'incentivazione. Mansioni, risultati, responsabilità, Milano, Giuffrè (2000)
2. Auteri E. Management delle risorse umane. Fondamenti professionali, Milano, Guerini Associati. (1998)
3. Dracup K., bryan C. On notebooks and trust. American Journal of Critical Care 2002; 11 (2): 96-100
4. Firth J. Renal Replacement Therapy on Intensive Care Unit. New York: Oxford University Press, 1993
5. Marti R., Jurschak J. Nursing management of continuous renal replacement therapy. Seminare in Dialysis. 1996, 9 (2): 80-87
6. G. Mingardi, D. Marchesi, E. Peticucci, S. Rota, G. Tiraboschi: From the development to the clinical application of a questionnaire on the quality of life in dialysis. The experience of the Italian Collaborative DIA – QOL (Dialysis – Quality of Life Group), Nephrol Dial Transplant 1998; 13: 70 – 75
7. R. K. Martin Chi dovrebbe gestire la terapia sostitutiva renale. EDTNA/ERCA Journal suppl 2002(2): 46-49
8. Price C., Compton A., Martin R. Continuous renal replacement therapy. Standard of Clinical Practice for nephrology nursing. American Nephrology Nurses' Association. 1999
9. Henneman E. Nurse-physician collaboration: Beyond compromise. The Third Annual Advanced Practice Nursing Symposium, Long Beach, California, 1999
10. Ronco C, Bellomo R: Critical Care Nephrology. Kluwer Academic Publisher, Dordrecht, Netherlands, 1998

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



linea
diretta
con il
presidente

*Caro Presidente,
la prego di voler prendere provvedimenti contro il dilagare della pornografia che invade Internet coinvolgendo la figura infermieristica. Le segnalo a tal proposito il sito ... (omissis) che è veramente scandaloso.*

Siamo arrivati al punto che non si può effettuare una ricerca su Internet sulla nostra categoria professionale che appaiono infermiere nude, infermiere impegnate in atti sessuali e via dicendo. Al fine di difendere il decoro della professione infermieristica, la invito a prendere provvedimenti.

Lettera firmata

Caro collega,
la sua segnalazione è solo l'ultima di una lunga serie. Purtroppo, il fenomeno da lei sottolineato è ben conosciuto dalla nostra categoria e lo è ormai da alcuni anni, da quando cioè la pornografia ha invaso la "rete delle reti", pervadendola con centinaia, se non addirittura migliaia di siti che presentano tale contenuto. Un segno, questo, dei tempi che viviamo; certamente un pessimo segno in tempi assai difficili.

Ha pienamente ragione nel denunciare quanto accade ogni qual volta ci si mette al computer per realizzare ricerche che attengono al mondo infer-

mieristico. E' arcinoto, ormai, che digitare la parola chiave "infermiere" equivale a scoperchiare un cassonetto pieno di rifiuti, tra tutte le cose buone ed utilissime anche IMMONDIZIA WEB, fatta di immagini indecorose ed offensive per l'intera categoria. Fa benissimo, dunque, a denunciarlo con forza e risentimento.

D'altra parte, caro collega, questo genere di attacchi che minano l'etica e la morale di chi, come gli infermieri, dedicano la loro vita all'assistenza e alla cura degli altri non è nuovo. L'immagine dell'infermiera sexy, tutta pizzi e calze a rete, che sprizza sensualità da ogni poro, non è esclusiva di Internet. E' sempre stata, fin dagli albori della pornografia, una sorta di icona, uno stereotipo che confonde la cura della persona con le attenzioni sessuali, che mescola, per così dire, il sacro della nostra professione con il profano di una certa sua immagine pubblica. Come tale va perciò condannata e combattuta.

Sul fatto che poi, nella realtà, gli infermieri siano tutta un'altra cosa, non vale la pena spendere altre parole che finirebbero per risultare pleonastiche, inutili e forse anche patetiche precisazioni.

E' invece sulla sua pressante richiesta di provvedimenti contro questo tipo di siti web che occorre far chiarezza; ed è necessario farla utilizzando un approccio realistico, disincantato e concreto. Il

Collegio è impegnatissimo nel contrastare le assurde distorsioni della figura infermieristica che troppo spesso passano sulla stampa, scritta o radiotelevisiva che sia. Gli interventi in questo senso si contano a centinaia, corredati da censure e richieste di rettifiche e di risarcimento dei danni morali. Tutto ciò si fa poiché è possibile farlo. Ma il discorso del web è ben diverso. Internet è, di fatto, una jungla impenetrabile; tanto più che i siti da lei additati sono illegali. Si tratta di siti clandestini che, al pari di molti altri, non consentono neppure di risalire a chi li ha posti in rete. Insomma, caro collega, bisogna prendere atto che se i governi, gli organismi internazionali, gli stessi servizi segreti (ad esempio nel caso dei siti Internet gestiti da frange integraliste e da formazioni terroristiche internazionali) non riescono ad individuare e

colpire gli autori di tali pubblicazioni, non lo si può certo pretendere da chi non dispone di mezzi neppure lontanamente paragonabili a quelli in dotazione delle strutture di intelligence.

Tutto ciò per dire che prendere provvedimenti contro queste offensive indecenze è impossibile, praticamente un'utopia. E allora? E allora, caro collega, non ci resta che continuare a segnalare alle autorità queste illegalità, e sperare che, col passare del tempo e con l'affermazione di una professionalità sempre più elevata, gli infermieri possano finalmente uscire da una rappresentazione tanto indegna della loro immagine. Certo, non sarà cosa semplice né rapida. Non per questo, però, rinunceremo ad affermare, sempre e dovunque, la nostra professionalità e il nostro impegno al fianco di chi ha bisogno.

L'ASSISTENZA... IN SICUREZZA

Anche gli infermieri hanno la loro copertura assicurativa per la responsabilità civile. Il sistema di protezione messo a punto da Ipasvi con la compagnia Reale Mutua Assicurazioni costituisce un importante "cappello protettivo" della categoria contro il rischio di richieste di risarcimento per responsabilità professionale. L'adesione alla convenzione è su base volontaria.

Non solo una polizza assicurativa; il sistema è concepito per controllare i rischi effettivi della professione e per offrire agli iscritti una costante consulenza nelle questioni riferite alla responsabilità professionale. Non più l'infermiere che da solo deve fronteggiare avvocati e medici legali, ma una difesa collettiva della categoria. E la tutela del singolo infermiere diventa la difesa di tutta la professione.

E' aperta la campagna di sottoscrizione volontaria della polizza.

Le adesioni si ricevono presso i Collegi provinciali di appartenenza. Il Collegio Ipasvi di Roma ti aspetta per ogni utile chiarimento.

Informazioni disponibili anche sul sito della Federazione Nazionale Ipasvi: www.ipasvi.it (sezione "polizza R.C.").

Gioie e dolori dai media. Come sempre. Ma se ai secondi gli infermieri sono purtroppo abituati (non per questo rassegnati), le prime sono così rare che quando si manifestano vale la pena di sottolinearle.

Ogni estate, lo sappiamo bene, ci riserva un primo piano mediatico sull'emergenza infermieri, segnatamente per la situazione che si verifica negli ospedali delle grandi città. Un argomento ricorrente e perciò ripetitivo, quasi scontato. E ogni anno, con la stessa testarda ripetitività, per tempo, gli infermieri e i loro organismi rappresentativi lanciano l'allarme. Con alterne fortune.

La scorsa estate diversi organi di stampa, quotidiana, periodica e radiotelevisiva, hanno raccolto l'accorato appello del Coordinamento dei Collegi Ipvsi del Lazio, un "grido d'aiuto", come ha titolato un quotidiano romano, che gli infermieri hanno levato alto perché si intervenisse subito con nuove assunzioni per non rischiare il collasso di alcuni servizi. Nel veicolare il messaggio si è distinto il quotidiano "Il Tempo", che sulla questione ha pubblicato diversi articoli a firma di Carlo Antini. Sempre in estate, lo stesso autore ha raccolto e divulgato un'altra grande emergenza che la professione si trova a dover fronteggiare: la difficoltà in cui versano molte sedi di formazione infermieristica, alle prese con la mancata erogazione dei fondi e con la conseguente minore disponibilità dei corsi di laurea. Un paradosso, ben rappresentato dal quotidiano, che produce molte più richieste dei posti disponibili, per una professione che ha estremo bisogno dell'ap-



porto di giovani infermieri, stante la perdurante difficoltà a garantirsi un sufficiente turn-over generazionale.

La meritoria attenzione che "Il Tempo" ha riservato ai problemi dell'assistenza sanitaria è tuttavia macchiata da un "peccato" di superficialità, che poi tanto veniale non è. Continuare, come è accaduto per un titolo, a utilizzare i termini "infermiere" e "paramedico" alla stregua di sinonimi è fuori dalla realtà, dalla conoscenza, dall'attendibilità e, spiace doverlo sottolineare proprio a

chi fa dell'attualità il suo mestiere, fuori dal tempo. A noi non resta che insistere affinché l'idea che l'infermiere è... un infermiere (e basta!) si conquisti presto un posto stabile nella coscienza collettiva, cominciando da quella di chi opera nel campo dei media.

Ma la "macchia" di cui sopra è poca cosa se confrontata a quanto lo stesso giornale, insieme all'altro quotidiano storico della capitale, "Il Messaggero", sono riusciti a fare con una notizia di cronaca il 10 settembre scorso. Eppure il fatto era di semplice esposizione: l'autista di un'ambulanza del 118, reo confesso, ruba Bancomat e telefonino a un giovane soccorso per un incidente motociclistico. D'incanto, però, l'autista diviene infermiere. E.. voilà, la notizia si trasforma: "un infermiere del 118 ruba...". Come se tra i due ruoli non vi fosse differenza. Due sinonimi, appunto.

Gli articolisti non hanno reso un buon servizio ai lettori, propinando loro una notizia falsata da quello che (vogliamo continuare a crederlo) è un errore clamoroso quanto marchiano. "Il Tempo",

nel corredare la notizia con un risvolto, peggiora le cose: accanto all'articolo citato pubblica un trafiletto dal titolo "Ladro in obitorio", che riferisce di episodio simile avvenuto un anno prima e che vedeva coinvolto un "infermiere ausiliario".

Resta il dubbio: un cronista poco aggiornato non inquadra bene l'infermiere di oggi; non sa della laurea, dell'autonomia, della dirigenza, del riconoscimento formale di professione intellettuale. Non lo distingue, né si cura di capire di che cosa in realtà si occupi. Deprecabile, ma passi. Come si può però confondere un autista di ambulanza con un infermiere? Non basta forse il buon senso? E allora: provino i cronisti citati ad invertire davvero ruoli e competenze e a farsi soccorrere da un'equipe del 118 in cui l'infermiere guida l'ambulanza e l'autista controlla i parametri vitali. Poi, se potranno, ce ne raccontino l'esito in un bell'articolo.

L'ultima citazione è per una lettera pubblicata il 3 settembre scorso sul "Corriere lavoro", inserto del "Corriere della sera". E' la lettera accorata di un padre che si

oppone alla volontà di sua figlia di iscriversi a Scienze infermieristiche. "Perché vuoi far l'infermiera?", recita il titolo. La rappresentazione che il padre traccia della professione, la stessa di sua moglie, è spietata e in molti passaggi risulta ben sopra le righe. La figura dell'infermiera ne esce a pezzi, alienata e vessata, spremuta e usata a piacimento da medici, pazienti e dagli stessi colleghi. Poi il finale, che svela il retroterra di tanto livore e di tale amarezza: *"Ti ha mai detto tua madre perché abbiamo divorziato? Te lo dico io: l'ho beccata a letto con il suo primario. Pensaci bene Ginevra, non voglio che tu faccia la stessa fine"*.

Ecco il punto: rappresentare così la professione nuoce fortemente alla sua immagine, alla sua dignità sociale e dunque al suo futuro. Filtra un'informazione errata e fuorviante, condizionando negativamente l'opinione pubblica. La lettera meritava almeno un'introduzione o un breve commento per mettere a posto le caselle della realtà, per molti aspetti travisata da un padre in difficoltà che confonde i suoi problemi matrimoniali con la professione infermieristica.

in pillole

AIDS, DIABETE, TBC: LA VIA VERDE

Mettere a punto la produzione in pianta di vaccini e farmaci contro alcune delle più importanti patologie umane come Aids, rabbia, diabete e tubercolosi. È l'obiettivo del nuovo consorzio di ricerca che riunisce oltre trenta gruppi di ricerca di 11 Paesi europei e del Sudafrica. Utilizzando piante geneticamente modificate, il consorzio conta di produrre entro cinque anni molecole di interesse farmacologico e di avviare la sperimentazione clinica sull'uomo. L'obiettivo principale è la produzione di farmaci non ottenibili con i sistemi tradizionali di sintesi. Le potenzialità del nuovo approccio sono enormi:

i metodi utilizzati finora per la produzione di tali farmaci richiedono la modificazione genetica di cellule umane, di batteri e altri microrganismi, risultando laboriosi e costosi, capaci di produrre le molecole d'interesse in quantità assai limitate. Utilizzando le piante, la tecnica messa a punto da "Pharma-Planta" presenta il vantaggio di poterle coltivare facilmente, a costi accessibili e con la possibilità di produrre molecole d'interesse in grande quantità. Un risultato questo che aiuterebbe a rendere disponibili nuovi farmaci per i Paesi in via di sviluppo, per i quali i costi dei prodotti farmaceutici sono spesso proibitivi.



Lo "starter kit" del ricercatore (parte terza)

Contrariamente a quello che comunemente i navigatori internet pensano, i motori di ricerca non sono tutti uguali; ed è per questo motivo che i risultati delle ricerche con la stessa parola chiave ma effettuati su motori diversi, non ottengono risultati analoghi.

Google, d'altro canto, è tra i migliori, ma non il migliore (chi non ricorda Altavista?). La cosa migliore, oltre a "filtrare" i risultati con gli operatori booleani (AND – OR – NOT) o con le "ricerche avanzate" o piuttosto con i trucchi specifici (doppi apici, operatori sintattici, ecc) è proprio quella di effettuare ricerche comparate con più motori di ricerca.

Una buona guida a come si usa un motore di ricerca internazionale è qui:

<http://www.strumentidiricerca.it/>

Altra info: i motori di ricerca si evolvono! E' proprio il caso di VIVISIMO, software house con sede in Pittsburgh, Pennsylvania (USA) che tenta, dopo una breve fase di test, di dire la propria in materia di "ricerche nel web"; e a settembre 2004 rilascia all'utenza finale CLUSTY!

<http://clusty.com/>

Clusty è un motore di ricerca in "clustering", derivato dal Vivísimo Clustering Engine, Vivísimo Content Integrator e Vivísimo Velocity.

Vediamolo con semplicità: Clusty consente di effettuare ricerche semplici o avanzate effettuando interrogazioni ad altri motori

di ricerca, e ordina (novità) il risultato per "argomenti", detti "clusters", in modo automatico, per centrare subito l'obiettivo e non perdersi tra gli innumerevoli risultati delle ricerche sui motori tradizionali. Anch'esso non è il migliore, ma è un motore molto promettente.

Attualmente ancora in fase sperimentativa (versione beta), ma già offre risultati altamente performanti in termini di usabilità.

Se andate, oltretutto, nella ricerca avanzata, avete la possibilità di fare ricerche complesse con un'interfaccia molto intuitiva e, visto che è rivolto soprattutto a case farmaceutiche, industrie e società scientifiche, potete fare ricerche addirittura su MEDLINE!

Per completezza di informazione, anche Microsoft sta proponendo in fase di sperimentazione il proprio motore di ricerca (assomiglia un po' a Google???). Testatelo anche voi a questa pagina:

<http://search.msn.it/>

A cura di Fabrizio Tallarita
Webmaster del Collegio IPASVI di Roma
webmaster@ipasvi.roma.it

IL DISEGNO DI LEGGE SULLA RIFORMA DELLE PROFESSIONI SANITARIE E L'OBBLIGO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

Questo numero della rivista è in parte dedicato, con soddisfazione, all'approvazione da parte del Governo del d.d.l. sulle professioni sanitarie con modifiche che identifica con quelle "previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251" tra cui, per quanto ci interessa, le professioni sanitarie infermieristiche.

Il d.d.l. da un lato introduce molti elementi di novità e, dall'altro lato, prende atto di fatti e interpretazioni già esistenti portando un contributo chiarificatore.

In quest'ultimo ambito si colloca l'art. 2 comma 2 che così recita:

"L'ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE È OBBLIGATORIA, ANCHE PER I PUBBLICI DIPENDENTI, ED È SUBORDINATA ALL'ESITO DELL'ESAME DI STATO ABILITANTE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE....."

In questo modo il Parlamento placa una *querelle* che in tempi recenti ha visto contrapposto il fronte della obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo, e quello (specioso) della non obbligatorietà dell'iscrizione.

* * *

Le ragioni delle non obbligatorietà.

Scarse e poco convincenti, sono le ragioni di chi sostiene la non obbligatorietà dell'iscrizione e si rifanno fondamentalmente ad una norma del 1946 (anteriore anche alla Costituzione) secondo cui l'iscrizione all'Albo era obbligatoria solo per coloro che avessero esercitato la libera professione (DLCPS n.233/46).

In questo senso si è espresso un orientamento della Corte di Cassazione e del Consiglio di Stato.

* * *

Le ragioni dell'obbligatorietà.

I provvedimenti dall'Autorità giudiziaria di cui si è detto rappresentano soltanto un orientamento, minoritario e come vedremo assai discutibile, rispetto a quello, maggioritario, che ritiene obbligatoria l'iscrizione all'Albo ai fini dell'esercizio della professione infermieristica nella P.A. (Comm. Centr. Prof. San., 21 aprile 1999 n. 68; Cons. di Stato 29 settembre 1999, n. 330; Cass. 29 maggio 2003 n. 8639; Cass. 18 maggio 2000, n. 6469).

Chiarito che l'obbligatorietà dell'iscrizione è condivisa dalla giurisprudenza prevalente, ci corre l'obbligo di sottolineare che esiste un orientamento della giurisprudenza di merito secondo cui la mancata, consapevole, iscrizione all'Albo configurerebbe il reato di "abusivo esercizio di una professione" che l'art. 348 cod. pen. punisce con la reclusione fino a sei mesi (pena massima edittale).

La posizione che ho sempre assunto, oltre che estremamente corretta da un punto di vista ermeneutico, è, quindi, anche una posizione di tutela e si fonda su un complesso di norme giuridiche di recente emanazione che l'orientamento contrario all'obbligo di iscrizione non prendono assolutamente in considerazione.

Tenterò un'esposizione in cui la sintesi andrà da un lato a scapito del

ragionamento approfondito ma, dall'altro lato, a favore della chiarezze e della comprensibilità per i non addetti ai lavori:

il D.M. 14 settembre 1994, n.739 (profilo professionale dell'infermiere) stabilisce che i requisiti per lo status giuridico di infermiere sono (i) il titolo abilitante e (ii) l'iscrizione all'Albo professionale.

L'art. 1 della legge n. 42 del 1999 recepisce e fa proprio il contenuto del D.M. 14 settembre 1994, n.739 sopra citato che, pertanto, acquisisce la forza della legge dello Stato.

L'art.1 della legge n.42 del 1999 fa proprio anche il codice deontologico (che nel nostro caso è emanato dalla federazione Nazionale dei Collegi IPASVI) per valutare e paramentrare "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art.6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 (di riforma del Servizio Sanitario Nazionale). Pertanto, l'infermiere che lavora nel SSN, ai sensi della L.42/99 è colui che è iscritto all'Albo e la cui professionalità e responsabilità è valutabile anche tramite il codice deontologico di emanazione IPASVI. Se un infermiere non fosse iscritto all'Albo tenuto dal collegio IPASVI non potrebbe essere soggetto al codice deontologico e ciò sarebbe una violazione della legge n.42 del 1999 (art. 1).

Anche il d.lgs n.286 del 1998 (testo unico delle leggi sull'immigrazione) all'art.37 prevede che l'iscrizione al Collegio dello straniero regolarmente soggiornante in Italia, in possesso dei titoli abilitanti legalmente riconosciuti "è condizione necessaria per l'esercizio delle professioni anche con rapporto di lavoro subordinato". Non è vero, pertanto, quanto sostiene il Consiglio di Stato secondo cui l'iscrizione all'Albo è incompatibile con il rapporto di lavoro subordinato.

La professione infermieristica è tra quelle professioni in cui, come in quella del medico, possono coesistere sia il rapporto di lavoro subordinato nel SSN, sia la libera professione, secondo

quanto espressamente stabilisce la legge 1 gennaio 2002, n.1 sulle "prestazioni aggiuntive". Non è vero, pertanto, quanto sostiene il Consiglio di Stato secondo cui per la nostra professione esercitata in via subordinata non vi sarebbe l'obbligo di iscrizione all'Albo in quanto è incompatibile tout court il lavoro subordinato con la libera professione (ad ulteriore sostegno si ricorda che il lavoro subordinato part-time al 50% consente all'infermiere di svolgere la libera professione).

Ai sensi dell'art. 6 d.lgs 19 giugno 1999, n.229 (che aggiunge l'art. 6 d.lgs 502/92 di riforma del SSN), il Collegio IPASVI (in persona della federazione Nazionale) partecipa alla determinazione del fabbisogno di personale infermieristico nel SSN in sede consultiva per l'emanazione del relativo decreto del Ministero della salute. E ciò avviene perché "è infermiere" (*status* giuridico) colui che ha il titolo abilitante ed è iscritto al Collegio.

Da ultimo, ma non per importanza, ricordiamo che gli stessi Sindacati firmatari hanno recepito nel CCNL della Sanità pubblica il "profilo professionale di infermiere" (D.M. 14 settembre 1994, n.739).

* * *

Pertanto, anche secondo le Organizzazioni Sindacali che hanno stipulato il CCNL del comparto sanità, come è documentato nel testo dello stesso contratto collettivo (si vede l'allegato 1 al CCNL sanità pubblica del 2001), è "*Collaboratore professionale sanitario*", "*infermiere*" di "*categoria D*" quello di cui al "*Profilo professionale ... infermiere D.M. 739/1994*".

Orbene, proprio ai sensi di tale disposizione "*è infermiere colui che è in possesso del titolo abilitante dell'iscrizione al Collegio professionale*".

E' da chiarire che a nostro avviso la norma del CCNL è più che lecita, in quanto di maggior tutela per i pazienti, pur se deroga al DLCP 233/46.

* * *

A tutti questi argomenti si aggiunga

il rilievo fondamentale rappresentato dalla legge 10 agosto 2000, n.251 citata nello stesso d.d.l. in esame.

Ai sensi dell'art. 1, L. 251 cit. *"Gli operatori delle professioni sanitarie delle scienze infermieristiche(espletano)..... le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici"*.

Anche la legge 251/00, quindi, recepisce e fa proprio il profilo professionale (D.M. 739/94) il quale, al comma 1 dell'art. 1, prevede che per essere infermieri (senza distinguere tra lavoratori autonomi o dipendenti, pubblici o privati) occorre avere il titolo abilitante e l'iscrizione all'Albo professionale.

Inoltre, come abbiamo visto, la legge 251 testualmente sancisce che l'area di attività e di competenze dell'infermiere (ossia le "funzioni" come si legge nell'art. 1) è quella individuata anche dal "codice deontologico".

Il codice deontologico è un corpo di norme emanate dalla Fed. Naz. Collegi IPASVI che vincola l'infermiere a formare il proprio operato ad una serie di regole da cui la violazione è passibile di sanzione disciplinare.

Orbene, sarebbe un *nonsense* giuridico pensare che il legislatore abbia inteso conferire ai Collegi la possibilità

di emanare norme giuridicamente vincolanti per gli infermieri senza che essi debbano essere iscritti. E il *nonsense* è tanto più evidente laddove conferisce al Collegio l'obbligo di vigilare sul rispetto delle regole del codice senza che l'infermiere vi sia iscritto.

Letto in positivo, l'archetipo voluto dal legislatore è stato proprio quello di dare massima espansione alla tutela della salute come diritto fondamentale (art.32 cost.) che trova la sua espressione nel diritto di essere assistito al meglio (e non solo assistito) in tutte le fasi dell'assistenza sanitaria (prevenitiva, curativa, palliativa, riabilitativa.)

In questo senso il legislatore del 1999 e quello del 2000 hanno voluto che ogni infermiere, tutti gli infermieri identificassero la loro professione anche nel codice deontologico cui partecipano evidentemente anche con l'iscrizione all'Albo professionale, perché altrimenti non si realizzerebbe la tutela voluta dal legislatore.

Per tutte queste ragioni, quindi, l'obbligo di iscrizione sancito dal d.d.l. sulle professioni sanitarie non mediche non rappresenta una novità ma, più semplicemente, una pur importante e comunque gradita chiarificazione.

Avv. Alessandro Cuggiani

in pillole

IL "SALE" DELLA VITA

Un composto semplice e finora ritenuto poco importante per la fisiologia dell'organismo potrebbe rivelarsi importante nel trattamento delle malattie del sistema cardiocircolatorio quali l'anemia falciforme, l'ostruzione dei vasi sanguigni, l'ictus e altre condizioni che impediscono una corretta circolazione del sangue. Si tratta di un banale sale di azoto; secondo lo studio (pubblicato sulla rivista Nature) condotto in stretta col-

laborazione dai ricercatori del National Institutes of Health dell'Università dell'Alabama e quelli della Wake Forest University, il composto avrebbe un ruolo notevole nel favorire il flusso di sangue nei vasi. Finora si riteneva che questo sale fosse non più che un prodotto di scarto del corpo; avrebbe invece l'importante proprietà di trasformarsi in ossido nitrico, ben noto come una sostanza coadiuvante la circolazione.

*L'Assistenza
infermieristica,
preventiva,
curativa,
palliativa
e riabilitativa,
è di natura
tecnica,
relazionale,
educativa.*

*(Decreto 14 settembre 1994
n. 739, Articolo 1 punto 2).*





I NUOVI UFFICI DEL COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI ROMA

**Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma - Metro Ottaviano
Tel. 06.37511597 R.A. - Fax 06.45437034
e-mail: collegio@ipasvi.roma.it
Televideo Rai3 Pag. 439 - www.ipasvi.roma.it**

**Gli orari di apertura degli uffici sono i seguenti:
Lunedì, Giovedì 8,30-12,00 e 14,30-17,00
Martedì, Mercoledì, Venerdì 8,30-12,00**