

m infermiere oggi

Anno XVII - N. 3 - LUGLIO-SETTEMBRE 2007 - 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, DDB Roma



periodico di idee, informazione e cultura del Collegio Ipasvi di 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 ottobre/dicembre 2006
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
Anno XVII - N. 3 - LUGLIO-SETTEMBRE 2007

FOTO: MARIO ESPOSITO

STAMPA: GEMMAGRAF EDITORE
00171 Roma - Via Tor de' Schiavi, 227
Tel. 06 24416888 - Fax 06 24408006
e-mail: info@gemmagraf.it



ASSOCIATO
ALL'UNIONE
STAMPA
PERIODICA
ITALIANA

Finito di stampare: Novembre 2007

Tiratura: 26.000 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

5 La protesi di ginocchio: proposta di una scheda infermieristica per il miglioramento qualitativo dell'assistenza

di Silvia Sferazza

14 "Relazioni interculturali: problemi e prospettive"

di Marta Nucchi

19 Progetto di intervento educativo dell'ipertensione arteriosa e di altri fattori di rischi causa di patologie renali in una popolazione studentesca di giovani adulti

di Umberto Tulli

25 Un progetto educativo sulla dipendenza di alcool rivolto agli studenti delle scuole medie superiori

di Compagnone Teresa, Giurin Roberto, Organtini Claudia

33 L'infermiere e il placebo

di Massimo Giordani

40 Progetto per l'inserimento di una scala per la valutazione del dolore all'interno di un'unità operativa di medicina generale

di Andrea Fidanza, Adriano Fiorini, Mario Rinaldi

47 Ruolo dell'infermiere nella gestione della recovery room

di Michele Sacco

50 Infermieri in rete

51 3ª Conferenza FEPI CAVTAT (Croazia) 25-28 settembre 2007

di Alessandro Stievano, Matilde Napolano, Ausilia Pulimeno

59 Linea diretta con il Presidente

60 L'angolo dei media

62 L'AVVOCATO DICE...

Norme comportamentali e disciplinari per l'infermiere nel rapporto di lavoro privato

di Alessandro Cuggiani

65 Corso di inglese scientifico

Il “gattopardo ferito”

di Gennaro Rocco

Arrivano momenti in cui bisogna scegliere. Nell'esistenza di ognuno come pure nella vita delle professioni. Momenti in cui la peggior cosa è attuare la tattica dello struzzo: nascondersi, far finta di nulla e attendere che passi la nottata. Anche perché, comunque, certe nottate non passano senza lasciare il segno.

E' la storia stessa del genere umano a dire che l'evoluzione è un fenomeno naturale quanto ineluttabile. Riguarda l'uomo in sé come le sue attività. E gli infermieri ne sanno qualcosa. Hanno raccolto dall'esempio di Florence Nightingale il testimone della disponibilità, il gusto dell'apertura, il senso dell'opportunità del cambiamento. Una professione statica, che non si evolve, che non sa rimettersi in gioco non ha futuro. Perché, specie in sanità, il futuro è cambiamento, adeguamento, aggiornamento costante oppure non è.

Stentiamo allora a capire certe battaglie professionali di retroguardia. Difendere le proprie attribuzioni è cosa buona e giusta, sempreché ciò non danneggi la collettività e non si riduca al mero arroccamento. La tattica della difesa strenua di certi privilegi non dà frutti. Ne mai li ha dati. Servirà forse ad allungare la nottata, ma è come aggiungere tempo all'agonia.

Ci capita spesso di finire sotto attacco. Almeno in questo, però, siamo in buona compagnia. Tutte le professioni sanitarie



non mediche scontano oggi in Italia la spinta di una forte corrente di riflusso, un potente risucchio verso il vecchio, verso ciò che è stato e che non potrà più essere. Come il principe di Salina ritratto da Tomasi di Lampedusa nella Sicilia borbonica al tramonto. Un vento che spira in senso contrario a quello che spazza da anni i Paesi a sanità più avanzata. Insomma,

il classico “gattopardismo” all'italiana che rema contro, affinché nulla cambi, nulla evolva..Chi pensava che fosse sepolto dalla storia s'illudeva. E' più vivo e vegeto che mai.

Da tempo, con la complicità evidente di una folta schiera politica trasversale, le cosiddette professioni sanitarie “non mediche” sono sotto tiro. Ci si accusa di voler alzare troppo la testa e di... sconfinare. E' la posizione di quanti ritengono ancora oggi che l'assistenza o la riabilitazione siano campi strettamente dipendenti dalla cura e dunque sottoposti a questa. Una visione ottocentesca della sanità.

Da qui gli affondi reiterati contro il ruolo e l'autonomia delle nostre professioni, nel timore di perdere qualcosa di esclusivo, il controllo di qualche manopola sulla plancia di comando. Il caso della Legge 43, con continui tentativi di renderla inapplicata, è sintomatico di quanto stiamo subendo. Come pure è significativa la posizione assunta dal presidente dell'Ordine dei medici di Roma (peraltro con una deprecabile caduta di stile – vedi pag. 3 e 4) contro l'attribuzione delle

funzioni direttive di Unità operative complesse e Dipartimenti a professionisti non medici. C'è perfino di peggio. Su "Il Sole 24 Ore Sanità", Mauro Marin (vedi pag. 60) arriva a sostenere che l'emergenza infermieristica non esiste. Di più: che è tutta un'invenzione degli infermieri e che le stime sulla carenza di personale non risultano dalle dotazioni organiche. Un divertente spunto comico se la questione non avesse risvolti drammatici. Eppure, per chiarire i termini dell'emergenza basterebbe poco: chiedere ai cittadini.

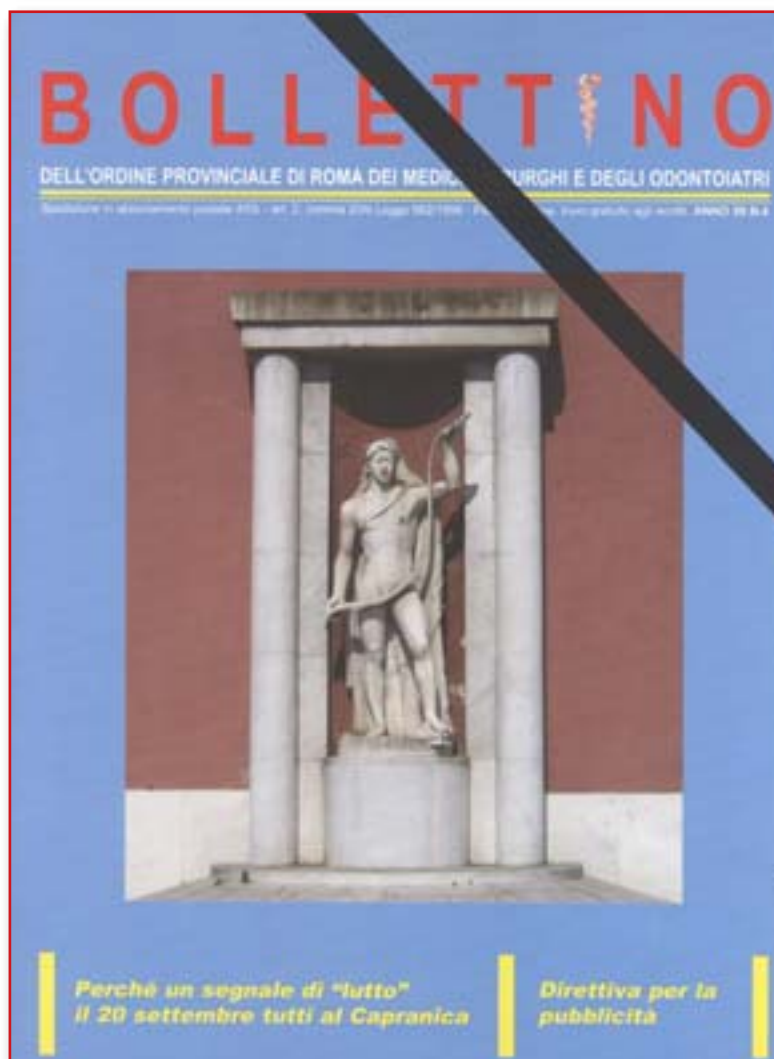
Le conquiste legislative strappate con i denti dagli infermieri e dagli altri professionisti sanitari in lunghi anni di rivendicazioni e di lotte restano schiacciate sotto il peso di una politica professionale autoreferenziale, sempre più fine a se stessa, fuori dal tempo, lontana dal buon senso, che delude le attese della gente e il suo diritto ad una sanità adeguata.

Ma noi non ci lasciamo intimorire. Né arretriamo di un solo passo. Abbiamo le spalle grosse, allenate da anni di battaglia in difesa della crescita e dell'autonomia professionale. Attenzione: stenderci

è difficile, scoraggiarci è impossibile. E poi raccogliamo la solidarietà di molti medici che appaiono distanti anni luce da chi li rappresenta in ambito professionale e si dissociano dal "gattopardo" di turno. D'altronde, la tecnica dell'arroccamento, dell'autoisolamento e della conservazione ad ogni costo finisce inevitabilmente per logorare i suoi stessi strateghi.

Basterebbe forse solo attendere che il tempo veloce della società globalizzata cancelli certe pretese. E certe assurde presunzioni. Ma sarebbe tempo sottratto alla salute dei cittadini. Questo non possiamo accettarlo. Le posizioni di rendita sono di per sé odiose, giocate poi sulla pelle della gente divengono inaccettabili.

Eppure occorrerebbe poco per invertire la rotta: cambiare l'ottica con cui si guarda il mondo complesso della sanità. Non una miniera di privilegi da difendere ma un sistema sincrono di professionalità distinte e diverse, ognuna con le sue competenze e attribuzioni, autonome e non "commissariabili", da far convergere sull'unico interesse possibile per il Servizio Sanitario Nazionale: il cittadino e il suo benessere.



Caduta di stile

Che botta ragazzi! Caduta, tonfo e livido in un sol colpo.

Non si può dire che la copertina listata a lutto dell'ultimo numero del "Bollettino dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri" (anno 59 - n° 4/2007) sia passata inosservata.

Ci siamo chiesti quale grave lutto avesse scosso la categoria. L'abbiamo poi capito scorrendo l'editoriale del presidente dell'Ordine in questione: è morta l'esclusiva dirigenziale. O almeno, se non proprio defunta, sembra che abbia le ore contate.

Il presidente Mario Falconi, nel chiamare i medici alla mobilitazione, spiega così la dolorosa perdita: "Perché mai per esercitare la medicina dovremmo continuare a studiare per 11 o 12 anni (laurea e specializzazione) per poi vederci espropriare in maniera incongrua ed illegale, a tutto danno per i cittadini, spazi di nostra competenza da altri profili professionali non medici? Perché mai dovremmo continuare ad assistere al fatto che vengano nominati a dirigere Unità Operative Complesse o Dipartimenti figure professionali non mediche con alle dipendenze medici?".

D'accordo, stavolta Falconi non ce l'ha direttamente con gli infermieri. Su questi ha già espresso il suo pensiero sostenendo compiaciuto gli attacchi dell'editorialista Mario Pirani alla categoria. No, ce l'ha piuttosto con gli psicologi, anche loro rei di aver osato ad esercitare quel brutto vezzo dell'autonomia professionale.

Lo shock è tanto forte da lasciare storditi. Ecco che poi la testa gira e si rimedia una brutta caduta. Se non altro... di stile.

Perche' un segnale di "lutto"

Cari Medici e Odontoiatri,

con questo numero il nostro Bollettino d'ora in avanti uscirà listato a lutto. È questa l'ennesima protesta che mettiamo responsabilmente in campo, visto che ormai è del tutto evidente che siamo orfani di una classe politica dirigente che voglia o possa operare per rilanciare in maniera appropriata la Sanità nel nostro Paese e con essa il ruolo di tutti gli operatori.

Un organo ausiliario dello Stato, quale noi siamo a tutela dei cittadini, non può assistere passivamente, senza mettere in campo iniziative forti, alla lenta e progressiva agonia della Professione.

Lotteremo, come abbiamo sempre fatto, sino alla fine del mandato che ci avete affidato e che intendiamo onorare a qualunque costo.

Siamo certi che tutti capiscano quale alta posta sia in gioco. Non è solo in discussione la nostra credibilità ma più in generale la tutela della salute dei cittadini italiani.

Quanto ancora dovremo sopportare le enormi criticità che attagliano la Sanità italiana ma anche la Giustizia e la Scuola Pubblica a causa dell'insipienza di una parte rilevante della classe politica dirigente di questo Paese? Come abbiamo scritto nell'ultimo editoriale dal titolo: *"La politica e le prevalenti patologie della Sanità italiana"* in fondo non chiediamo miracoli ma cose concrete e fattibili.

Perché mai dovremmo continuare a vedere nomine in Sanità lottizzate in maniera vergognosa? Perché mai non dovremmo sperare che la "Politica" ci difenda quando finiamo sulle prime pagine di giornali e Tv anche quando non lo meritiamo? Perché mai per esercitare la Medicina dovremmo continuare a studiare per 11 o 12 anni (laurea e specializzazione) per poi vederci espropriare in maniera incongrua ed illegale, a tutto danno per i cittadini, spazi di nostra competenza da altri profili professionali non medici? Perché mai dovremmo continuare ad assistere al fatto che vengano nominati a dirigere Unità Operative Complesse o Dipartimenti figure professionali non mediche con alle dipendenze medici?

Siamo arrabbiati ma non stanchi e non ci mancano certo la voglia di combattere né le giuste motivazioni.

Se qualcuno ha immaginato di trasformare la Medicina in un verde pascolo a cui tutti ritengono di poter accedere liberamente ed impunemente a partire dalla "Politica", salvo poi scaricare pressoché totalmente sui Medici le responsabilità quando c'è da soddisfare la "denuncia", sappia che non ci accontenteremo più delle sterili, stucchevoli e periodiche promesse del perseguimento di un sistema di qualità in Sanità e che contrasteremo colpo su colpo tutte le iniziative che minano, di fatto, giorno dopo giorno, l'autorevolezza della nostra Professione.

Il 20 settembre p.v., alle ore 10.00, l'Ordine Provinciale di Roma dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri, insieme agli Ordini di altre Province terrà una manifestazione pubblica, di denuncia e di proposta, presso la Sala dell'ex Cinema Capranica alla presenza del mondo politico, sia di maggioranza che di opposizione, alla quale auspichiamo una grande partecipazione di Medici e Odontoiatri.

I cittadini italiani, soprattutto malati o in condizioni di fragilità, hanno bisogno di essere assistiti e curati da seri e motivati professionisti i quali, però, debbono essere messi in condizione di svolgere la loro attività nella massima serenità possibile.

Ricordiamo in particolare al mondo politico, per l'ennesima volta, che la Medicina difensiva, in atto ormai strutturalmente nel nostro Paese, non produce certo qualità e nel contempo costa a tutta la collettività uno sperpero enorme di risorse economiche.

*Il Presidente
Mario Falconi*

La protesi di ginocchio: proposta di una scheda infermieristica per il miglioramento qualitativo dell'assistenza

di Silvia Sferrazza



ABSTRACT: Nell'articolo si descrivono le principali cause che determinano un intervento di protesizzazione di ginocchio. Si fa un breve excursus storico degli impianti protesici fino ad arrivare a quelli attuali costituiti da materiali e design che assomigliano sempre di più all'articolazione da sostituire. Spesso, nell'ambito ospedaliero, l'assistenza infermieristica è dettata da consuetudini ormai consolidate o da esigenze organizzative piuttosto che da processi scientifici validati a livello internazionale. A tale scopo si propone una scheda che vada ad integrare la cartella infermieristica e che consenta all'infermiere di cogliere i bisogni della persona assistita nella fase del post-operatorio. Lo staff infermieristico che opera nei dipartimenti di Ortopedia/Traumatologia è chiamato a conoscere approfonditamente complicanze, modalità di gestione e ambiti di applicazione assistenziale del paziente sottoposto a protesizzazione di ginocchio. La sola acquisizione di competenze specialistiche non basta, occorre uniformare il processo assistenziale per garantire la qualità delle prestazioni erogate.

INTRODUZIONE

Il ginocchio svolge un importante ruolo di sostentamento del peso corporeo durante la stazione eretta e nella deam-

bulazione, fungendo da snodo biomeccanico nel complesso movimento dell'arto inferiore. Esso infatti modula i carichi, ne ammortizza gli eccessi ed è in grado di attivare meccanismi di compenso per

assicurare l'equilibrio dell'arto inferiore nella sua totalità(1). I movimenti che si realizzano a livello del ginocchio avvengono tra la parte distale del femore e la parte prossimale della tibia (articolazione femoro-tibiale), tra la parte anteriore del femore distale con la rotula (articolazione femoro-rotulea). I menischi svolgono il ruolo di "cuscinetti ammortizzatori", mentre i legamenti collaterali ed i crociati contribuiscono alla stabilità articolare. Una delle patologie più frequenti a carico del ginocchio è l'osteoartrosi che, in questa sede, prende il nome di GONARTROSI. Colpisce per lo più la popolazione anziana al di sopra dei 65 anni. Predilige in assoluto il sesso femminile in età avanzata, non permette una normale deambulazione e tende ad essere bilaterale anche se i sintomi iniziali si localizzano a livello monoarticolare. La patologia è causata da un processo degenerativo delle cartilagini femoro-tibiali e può condurre alla completa usura della cartilagine articolare con interessamento concomitante dell'osso sottocondrale, le capsule, i legamenti, i muscoli periarticolari, l'intera membrana sinoviale. Di frequente l'eziopatologia è idiopatica, correlata ad un processo d'invecchiamento articolare. Altri fattori che determinano l'insorgenza della patologia e ne aggravano il quadro clinico sono:

- Traumi: episodi traumatici del ginocchio possono essere chiamati in causa nella genesi del fenomeno degenerativo.
- Eccesso di peso: le donne obese vanno incontro più di frequente a questo tipo di patologia.
- Deviazioni dell'asse/malconformazioni (ginocchio varo o valgo).

Sovraccarico funzionale: spesso dovuto al tipo di attività svolta dal paziente (es.attività che espone a microtraumatismo ripetuto dell'articolazione).

Disturbi circolatori: è stato ipotizzato un possibile ruolo della stasi venosa in quanto pazienti affetti da gonartrosi presentano, nel 20 - 40% dei casi, delle varici agli arti inferiori.

I sintomi variano da problemi di media entità a forte dolore e immobilità. Il trattamento si concentra sulla diminuzione del dolore e sul miglioramento e recupero del movimento. Radiograficamente l'artrosi del ginocchio è presente tra il 15 e il 30% dei soggetti con più di 45 anni e questa percentuale aumenta proporzionalmente con l'età. Nelle fasi iniziali ed intermedie del processo degenerativo articolare la cura è conservativa. Si ricorre alla fisioterapia, ad infiltrazioni intrarticolari, alla somministrazione di farmaci antinfiammatori. Nelle fasi avanzate, la terapia è esclusivamente chirurgica e prevede la sostituzione dei capi articolari con impianto di artroprotesi.

Un'altra patologia che di frequente è motivo di protesizzazione di ginocchio è l'artrite reumatoide. Trattasi di malattia reumatica, nella quale la proliferazione del panno sinoviale porta ad una progressiva erosione della cartilagine e dell'osso con esiti altamente invalidanti.

PROTESI TRICOMPARTIMENTALI DI GINOCCHIO: BREVI CENNI STORICI.

L'artroprotesi di ginocchio costituisce una realtà nella pratica clinica da circa 30 anni, tanto da rappresentare una certezza come la protesi d'anca. Ogni anno in Francia vengono impiantate circa 50.000 protesi totali di ginocchio e negli Stati Uniti il numero sale a più di 200.000.

Attualmente la sopravvivenza delle protesi di ginocchio a 15-20 anni, per circa il 90% degli impianti, costituisce un dato incoraggiante.

Il goal di questo tipo di trattamento chirurgico è senza dubbio da ricercare nella precisa indicazione chirurgica (planning preoperatorio), nella scelta del tipo di protesi idonea da impiantare e nella corretta esecuzione dell'intervento.

L'evoluzione in campo medico e bioingegneristico (materiale, design protesico) ha portato a migliorare i risultati, incentivando l'indicazione chirurgica all'intervento di protesi di ginocchio.

Il termine "Artroprotesi" deriva dal greco ed indica un intervento mirante alla sostituzione di una parte o di tutta l'articolazione con materiale alloplastico. Il primo ad aver riferito di un tentativo di

sostituzione totale dell'articolazione del ginocchio fu Gluck (1890) con la sua protesi a cerniera costruita in avorio (zanne di elefante) ed impiantata in tre casi di grave distruzione articolare secondaria ad artrite specifica.

I risultati non furono buoni sia per la fragilità del materiale impiegato sia per gravi complicanze settiche.

I primi modelli a cerniera fissa andavano spesso incontro a fallimento precoce legato all'impossibilità della intra/extra-rotazione e per il centro di rotazione articolare fisso e posteriore.

In seguito si realizzarono protesi parziali con lo scopo di sostituire solo la componente articolare maggiormente danneggiata.

Il primo ad utilizzare una endoprotesi a livello dei condili femorali fu Campbell (1940). La protesi consisteva in un rivestimento in Vitallium fissato prossimalmente con una vite. Le sostituzioni massive di femore e ginocchio per neoplasia furono tentate intorno al 1945, utilizzando protesi metalliche che riproducevano fedelmente l'anatomia dell'articolazione. Purtroppo il sopraggiungere di gravi complicanze settiche portò al fallimento dell'intervento e si dovette procedere all'amputazione dell'arto.

La prima applicazione clinica su un numero significativo di pazienti risale invece al 1950, quando venne adoperato un piatto metallico in sostituzione di un'equivalente componente ossea tibiale.

Nonostante gli insuccessi il percorso verso il futuro era segnato e proprio dal 1950 innumerevoli proposte sono state presentate. Basta citarne come esempio alcune:

- **le protesi parziali tibiali**
- la protesi di emipiatto tibiale in Vitallium di Mac Kee– ver (1950);
- la protesi rotulea in Vitallium sempre di Mac Keever (1955);
- **artroprotesi Parziali Femorali**

Le protesi parziali di femore sono state impiantate soprattutto in America, molto meno in Europa.

Una delle più diffuse è stata ideata dal Dottor. Sbarbaro nel 1964, interamente in Vitallium con una piastra tra i due condili che permetteva lo scorrimento della rotula. È interessante sottolineare che fu il primo ad associare le sue protesi femo-

rile e tibiale, introducendo, di fatto, in chirurgia protesica il concetto di protesi totale a scivolamento.

La prima protesi femorale dotata di stelo endomidollare è stata la M.G.H. (Massachusetts General Hospital di Boston), presentata nel 1969 e costruita interamente in Vitallium. Era una protesi di rivestimento dei condili femorali con un lungo stelo midollare.

Nel 1970 viene realizzata a livello industriale la prima protesi completa di ginocchio a cerniera o a sistema vincolato, caratterizzata dal solo movimento di flesso-estensione attorno ad un unico asse di rotazione. La sua applicazione richiedeva l'asportazione di una importante quantità di osso. Il passo successivo fu quello di ideare protesi che consentivano la intra/extra-rotazione grazie ad una cerniera rotante.

La più recente evoluzione è rappresentata dalla **protesi a scivolamento (Total condylar)** che, cioè, non ha un vincolo meccanico fisso, ma possiede caratteristiche biomeccaniche molto simili a quelle fisiologiche. Questo tipo di protesi consente una più ampia gamma di movimenti, sia nella flessione che nella rotazione, con inserti articolari in polietilene più piatti, prevede l'integrità dei legamenti collaterali e consente il risparmio del legamento crociato posteriore.

Negli anni ottanta si diffondono le prime protesi di ginocchio porose non cementate. Negli anni novanta si sviluppano due tipi di protesi che consentono la conservazione dei legamenti crociati:

- le protesi cosiddette "monocompartimentali" cioè una piccola protesi, di circa 3-4 cm, che riveste solo il compartimento usurato e non tutto il ginocchio;
- le protesi "a piatto mobile" che agevolano il movimento articolare passivo ed un più rapido recupero della deambulazione.

Attualmente, sia attraverso la ricerca continua di materiali nuovi, sia attraverso il miglioramento del disegno delle protesi da impiantare, si mira ad assicurare una maggiore resistenza all'usura (biofunzionalità) ed una migliore biocompatibilità dell'impianto protesico anche a distanza di anni.

QUANDO RICORRERE ALLA PROTESIZZAZIONE?

Di fronte ad una patologia altamente invalidante che pone grossi problemi psicologici e pratici di deambulazione, le terapie mediche e di fisioterapia strumentale non sono più in grado di arginare il problema. In questi casi è necessario ricorrere alla protesizzazione. Ci si avvale, cioè, di impianti protesici in metallo (cromocobalto) che permettono la totale sostituzione dell'articolazione.

Quando ricorrere all'intervento chirurgico?

Esistono molti fattori da tenere in considerazione:

- prima di tutto il DOLORE, inteso come un alto grado di gonalgia localizzato principalmente a livello articolare e che si manifesta anche a riposo e durante la notte;
- il deterioramento articolare associato ad uno stato artrosico tricompartmentale;
- LIMITAZIONE FUNZIONALE intesa come riduzione della flessione-estensione;
- limitazione funzionale intesa come instabilità capsulolegamentosa, meno rilevabile nelle forme artrosiche, più tipica nelle artriti croniche;
- età del paziente. Si considerano la presenza o meno di malattie (problematiche cardiache, polmonari, ecc...) che aumentano il rischio operatorio (ASA II o III);
- condizioni psicologiche del paziente/utente. Secondo lo studio di Daltroy et al., una preparazione psicologica preoperatoria rinforza i risultati dell'intervento di protesi di ginocchio(2).

Ogni intervento di chirurgia protesica andrebbe, quindi, individualmente programmato e preparato affinché il paziente possa conoscere realmente i rischi dell'atto chirurgico, il decorso post-operatorio e partecipare così in modo attivo alla propria riabilitazione/rieducazione. Una personalità matura è infatti in grado di favorire non solo il processo psicologico della guarigione, ma anche quello fisico.

L'INTERVENTO CHIRURGICO:

Scopo dell'intervento è quello di ridurre il dolore e "restituire" al paziente/utente un' articolazione in asse e sufficientemente mobile che consenta le normali attività di vita quotidiana.

Vengono eseguite radiografie di tutto l'arto, individuando gli assi meccanico ed anatomico. Di solito si tracciano le linee di resezione tibiale e femorale sulla radiografia in modo da avere un riferimento in fase di intervento. I lucidi preparati in fase preoperatoria vengono sovrapposti alle radiografie per meglio definire la giusta misura dell' impianto protesico. La posizione del paziente sul letto operatorio è quella supina. L'anestesia può essere generale, spinale, combinata(spinale+ blocco neuronale; epidurale+spinale ecc...). La decisione spetta all'anestesista. All'arto viene applicato il tourniquet, dopo "spremitura" con benda di Esmark. L'incisione cutanea è longitudinale. Viene praticata prossimalmente partendo dalla parte mediana della diafisi femorale per arrivare al margine mediale della tuberosità tibiale. Con il ginocchio in estensione si procede alla lussazione laterale della rotula e alla graduale esposizione dei capi articolari. Si flette il ginocchio a 90° e si praticano una serie di tagli a livello dei condili femorali e del piatto tibiale attraverso l'ausilio di apposite guide di resezione che possono essere intramidollari o extramidollari.

Con il ginocchio in massima flessione vengono collocati l'inserito tibiale di prova e la componente femorale di prova. Il ginocchio viene, poi, portato delicatamente in completa estensione controllando la stabilità mediolaterale e l'allineamento globale dell'articolazione. In questa fase è necessario valutare la tensione dei legamenti collaterali sia a ginocchio esteso che flesso. Quando le componenti di prova sono correttamente allineate e i legamenti ben bilanciati, si procede all'impianto delle protesi definitive. Quest'ultime possono essere sia a fissazione biologica, sia a fissazione indiretta. Nel primo caso la superficie porosa che ricopre gli impianti protesici è in grado di integrarsi completamente nell'osso, favorendo il cosiddetto "bone

ingrowth". Nel secondo caso si ricorre all'uso del cemento metil-metacrilato.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA: PROPOSTA DI UNA SCHEDA INFERMIERISTICA

Il paziente che è stato sottoposto a protesizzazione di ginocchio, visto la peculiarità e le problematiche correlate a questo tipo di intervento, necessita di un'assistenza globale che tenga conto di tutti gli aspetti della sua personalità, da quelli fisici a quelli psicologici. Un protocollo di assistenza infermieristica che rispetti in pieno questi propositi ha la finalità di uniformare le procedure dell'assistenza tra gli infermieri ed aumentarne il livello qualitativo.

Aspetti assistenziali da considerare sono quelli pre/intra/post operatori attraverso l'ausilio di schede infermieristiche che siano integrative alla cartella infermieristica e che "fotografino" i bisogni della persona assistita dal momento della presa in carico fino alla dimissione.

Spesso il processo di Nursing, soprattutto in ambito ospedaliero rischia di essere dettato dalla routine o da esigenze organizzative invece che partire da presupposti scientifici quali quelli del problem solving.

Una scheda infermieristica chiara, completa e pertinente nasce dall'esigenza di cogliere molteplici aspetti legati principalmente all'individualità della persona assistita ed alle sue diverse esigenze, ai

suoi differenti modi di affrontare la malattia, di partecipare all'intero processo assistenziale e di recupero funzionale. Il processo diagnostico è l'insieme delle competenze che l'infermiere acquisisce al fine di formulare un giudizio clinico in merito a problemi di salute attribuiti allo specifico infermieristico, non affatto coincidenti con le malattie conosciute e classificate dalla scienza medica.

In riferimento alla protesizzazione di ginocchio, le diagnosi infermieristiche post- intervento da riportare sulla scheda riguardano:

- eventuali alterazioni neuromuscolari associate all'atto chirurgico;
- rischi di trombosi venose profonde;
- rischi di infezione postoperatoria;
- eventuale gonfiore, rossore della cute;
- mancata ripresa del movimento articolare;
- stato della medicazione;
- dolore precisando tipologia, sede, durata, intensità. Sarebbe utilissimo riportare sulla scheda sia la scala intervallare di VAS (visual analogue scale), sia la rappresentazione grafica di un ginocchio per identificare più facilmente insieme alla persona assistita la localizzazione precisa del dolore.

La scheda va compilata dalla prima all'ottava/nona giornata di degenza ed inserita nella cartella infermieristica di ciascun paziente.

Si riporta di seguito un **esempio** di scheda infermieristica da utilizzare nella pratica clinico-assistenziale:



OSPEDALE:
Scheda infermieristica DIP. ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Intervento PROTESI DI GINOCCHIO

Nome:
Cognome:
Data di nascita:
Sesso:
☐ M ☐ F

Data intervento: (gg/mm/aaaa)_____

Lato operato:
☐ Sinistro ☐ Destro

Protesi impiantata
☐ A fissazione biologica
☐ Cementata
☐ Ibrida
☐ Tricompartimentale
☐ Monocompartimentale

Utilizzata fascia ischemica di Tourniquet
☐ Si
☐ No
Durata fase utilizzo (tempo d'uso)_____

Anestesia praticata
☐ Generale
☐ Spinale
☐ Epidurale
☐ Altro_____

Stato di coscienza:
☐ Orientato
☐ Disorientato
☐ Collaborante
☐ Non collaborante

Dolore:
☐ Assente ☐ Presente
Intensità → → → → → **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (VAS)**



DOLORE
Sede (contrassegnare la zona interessata dal dolore con una X)
Durata_____

Tipologia_____

Ultima somm.ne antidolorifico ore_____

Applicata borsa di ghiaccio ore_____

Dolore acuto correlato a:
☐ trauma tissutale
☐ edema
Ø raccolta ematica secondaria a procedura chirurgica
☐ altro_____

Ultima **medicazione** effettuata il_____

Eseguita con (specificare materiale impiegato)_____

Stato della medicazione:
annotazioni infermieristiche (esempio: medicazione asciutta)_____

Drenaggio: ☐ Assente ☐ Presente

☐ In aspirazione
☐ A caduta

Quantità raccolta ematica drenata: _____ml
Drenaggio clampato il _____
Cambio sacca avvenuta il _____
Drenaggio rimosso il _____

MODULO della Mobilizzazione/Deambulazione:

Data inizio **Kinesi/Fisioterapia passiva** _____

Deambulazione a carico parziale avvenuta in:

- ☐ prima giornata
- ☐ seconda giornata
- ☐ terza giornata
- ☐ quarta giornata
- ☐ quinta giornata
- ☐ sesta giornata
- ☐ settima giornata
- ☐ ottava giornata

Deambulazione a carico parziale con ausilio di:

- ☐ stampelle
- ☐ girello
- ☐ altro _____

Flessione Attiva _____ ° (gradi)

Flessione Passiva _____ °

Estensione Attiva _____ °

Estensione Passiva _____ °

MODULO delle Complicazioni post-operatorie:

- ☐ nessuna complicazione
- ☐ ematoma nella zona di incisione
- ☐ riapertura incisione
- ☐ segni d'infezione superficiale della ferita
- ☐ eccessivo gonfiore dell'arto
- ☐ arto caldo e dolente
- ☐ TVP
- ☐ mancata ripresa dell'escursione articolare
- ☐ decubito
- ☐ danno neurologico
- ☐ danno vascolare
- ☐ ferita secernente → _____ tipo secrezione
 - ☐ sierosa
 - ☐ sieroematica
 - ☐ ematica
 - ☐ purulenta

Profilassi antibiotica ☐ SI ☐ NO

1° Antibiotico somministrato: _____

2° Antibiotico somministrato: _____

Profilassi antitromboembolica

- Ø anticoagulanti → _____ tipo farmaco
- ☐ eparina standard
 - ☐ eparina basso peso molecolare
 - ☐ cumadin
 - ☐ aspirina
 - ☐ fondaparinux
 - ☐ altro _____

- ☐ calza contenitiva
- ☐ bendaggio elastocompressivo
- ☐ altro _____

Durata degenza: _____ dal (gg/mm/aaaa) _____ al _____

Firma leggibile dell' infermiere: _____

Data: _____

Possibili complicanze dell'intervento di artroprotesi di ginocchio sono:

- il sanguinamento nel postoperatorio;
- le TVP (trombosi venose profonde) che si prevencono con una profilassi farmacologica a base di anticoagulanti, con l'uso di bendaggi elastocompressivi o calze elastiche;
- la riduzione antalgica dell'escursione articolare;
- eventuali infezioni.

Le lesioni nervose. La più frequente lesione riguarda il nervo sciatico popliteo esterno e si può manifestare immediatamente dopo l'intervento, ma può comparire in un periodo successivo che oscilla da uno a sette giorni dopo l'atto chirurgico. Il trattamento prevede la ricerca delle cause del deficit, e il posizionamento del ginocchio nella massima flessione tollerata.

Le singole criticità riscontrate dallo staff infermieristico vanno annotate sulla scheda che viene sempre consultata sia da parte del medico che del fisioterapista.

Il giorno dell'intervento chirurgico il paziente presenta uno o più drenaggi che consentono il deflusso del sangue dall'articolazione. L'arto operato viene fasciato con bendaggio elastico dal piede fino alla radice della coscia.

È molto importante il controllo della postura per evitare che il paziente mantenga il ginocchio flesso: si consiglia l'uso di un cuscino sotto il tallone per mantenere l'estensione massima a 0°.

L'applicazione della borsa del ghiaccio è utile per diminuire il dolore e ridurre il sanguinamento, grazie alla vasocostrizione che comporta.

La crioterapia deve comunque essere di breve durata, 20-30 minuti e ripetuta più volte durante la giornata (2-3 volte al giorno).

Il primo giorno dopo l'intervento si rimuovono i drenaggi e si provvede al cambio della medicazione rispettando le procedure asettiche. Si applica sul paziente un apparecchio denominato KINETEC che consente la mobilitazione passiva dell'arto. Il sistema deve essere posizionato per un minimo di 4 ore ed un massimo di 8 ore al giorno. Il secondo giorno il fisioterapista introduce gradualmente l'impiego di stampelle. L'infermiere aiuta il paziente a mettersi

in piedi, facendogli fare piccoli passi intorno al letto. Il terzo giorno vengono aumentati i gradi di flessione passiva del ginocchio da 0° a 40°.

La progressione della flessione è mediamente di 10° al giorno, ma può anche essere più rapida in funzione del dolore riferito dal paziente. Dal quarto giorno inizia la deambulazione a carico parziale. Entro la fine della prima settimana postoperatoria, generalmente il ginocchio dovrebbe flettere circa 100°.

Il tempo dedicato alla deambulazione deve essere gradualmente incrementato fino a 30 minuti, 2 o 3 volte al giorno, per migliorare la forza e la resistenza dell'arto operato.

In media in settima, ottava giornata il paziente viene dimesso, ma è utile che venga seguito da un fisioterapista per qualche altra settimana. I pazienti con minore autonomia possono svolgere riabilitazione presso strutture dedicate sia a regime di ricovero che in day-hospital. La riabilitazione ha come obiettivi il recupero della forza muscolare, dell'articolazione, della coordinazione e dello schema del cammino.

I controlli ambulatoriali vengono eseguiti:

- a 45 giorni dall'intervento con radiografie nelle due proiezioni standard (antero-posteriore, laterale);
- a 3 mesi dall'intervento;
- a 6 mesi dall'intervento;
- a completamento dell'anno con radiografie in antero-posteriore sotto carico ed in laterale standard;
- ogni anno successivo con nuovi controlli radiografici.

CONCLUSIONI

Fare diagnosi infermieristica reale o potenziale non è sempre facile, soprattutto nell'ambito di una chirurgia avanzata come quella protesica.

L'uso di schede integrative alla cartella infermieristica rappresenta un valido contributo scientifico nel processo di nursing.

Esperienza, conoscenza, competenza, da sole, non bastano.

È necessario utilizzare strumenti operativi che consentano di uniformare l'assistenza infermieristica allo scopo di garantire la continuità delle prestazioni all'utenza e la personalizzazione della cura.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- (1).Pipino F., Quagliarella L. Biomeccanica Ortopedica e Traumatologica — UTET Torino 1995
- (2). Daltroy LH, Morlino CI, Eaton HM, Poss R, Liang MH. Preoperative education for total hip and knee replacement patients. Multipurpose Arthritis and Musculoskeletal and Skin Disease Center, Harvard Medical School, USA. Arthritis Care Res 1998 Dec;11(6):469-78.

AUTORE

Silvia Sferrazza
infermiera presso i blocchi operatori dell'azienda ospedaliera San Giovanni - Addolorata di Roma, laureata presso il corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche – Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

bibliografia

- Blanchard J, Meuwly JY, Leyvraz PF, et al. Prevention of deep vein thrombosis after total knee replacement. JBJS-B 81: 654-659, 1999.
- Carpenito L. Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche. Ambrosiana, Milano, 2000.
- Calamandrei C. Le diagnosi infermieristiche in Italia. Nursing Oggi 2001;4:20-26.
- Daltroy LH, Morlino CI, Eaton HM, Poss R, Liang MH. Preoperative education for total hip and knee replacement patients. Multipurpose Arthritis and Musculoskeletal and Skin Disease Center, Harvard Medical School, USA. Arthritis Care Res 1998 Dec;11(6):469-78
- Dikestein R, Heffes Y, Shabtai E, Markowitz E. Total knee arthroplasty. Am J Phys Med Rehabil, 1995; 74: 294-301.
- Leandri L, Persico A. Sperimentazione di una scheda infermieristica per il miglioramento dell'assistenza alle persone sottoposte a protesi di ginocchio. In: I° Workshop di Nursing Ortopedico e traumatologico", Centro Stampa Casalotti, Marzo 1999.
- Kenneth A. Krackov. The Technique of Total Knee Arthroplasty. Th Mosby Company Ed, St. Louis. 1990.
- Pipino F., Quagliarella L. Biomeccanica Ortopedica e Traumatologica — UTET Torino 1995
- Pipino F, Sanguineti F. Limiti fra nuova normativa, complicanze ed insuccessi nelle protesi. G.I.O.T., XXIV, 51, 1998
- Romness DW, Rand J A. The role of continuous passive motion following total knee arthroplasty Clin Orthop 226:34-37, 1988

ERRATA CORRIGE

Nel numero 2/07 a pag. 3 l'articolo: "Le competenze culturali dell'infermiere: un progetto formativo" è stato riportato solo il nome di **Edda Oliva Piacentini**, in realtà gli Autori sono due il secondo Autore è la **Dott.ssa Loredana Fabriani** coordinatore Corso di Laurea in Infermieristica Università La Sapienza (Sede Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini - Roma)

“Relazioni interculturali: problemi e prospettive”

di Marta Nocchi

*Siamo nell'era planetaria;
un'avventura comune travolge
gli uomini, ovunque essi siano:
devono riconoscere la loro diversità,
individuale e culturale.
Conoscere l'umano è innanzitutto
situarlo nell'universo.¹*

Tanto si parla e, forse, poco si conosce e si pratica la cultura del dialogo, dello scambio, della differenza.

Con lo scopo di prevenire il formarsi di stereotipi e di pregiudizi nei confronti di persone e di culture, sembrerebbe irrinunciabile dare sostanza ai diritti umani, attraverso la comprensione e la cooperazione tra i popoli, nella comune e necessaria aspirazione allo sviluppo ed alla pace.

La professione infermieristica, da tempi immemorabili, declina il welfare con la cultura e l'operatività dell'assistere, che –in altre parole– è la dichiarazione di vicinanza competente verso ogni persona in situazione di bisogno sanitario. A questo proposito ben si esprime il codice deontologico (1999) che vuole l'infermiere capace di assumersi la responsabilità del prendersi cura della persona nel rispetto della libertà e della dignità dell'individuo riconosciuto come portatore di diritti.²

E' utile comprendere il profondo significato, problematico, delle relazioni interculturali, poiché di conseguenza si può comprenderne l'intimo legame con il multiforme tessuto sociale e culturale in cui siamo immersi.

E' utile riflettere in merito ad un dato di fatto: oggi siamo in un clima di multiculturalità, da intendersi come compresenza di culture diverse entro una società che aspira allo sviluppo ed alla pace e che, contemporaneamente, ha difficoltà a comprendere ed a cooperare con individui portatori di una cultura “altra”.

La multiculturalità “è un dato di fatto i cui sviluppi appaiono irreversibili ed incontenibili perché quanto va accadendo non potrà mai essere arrestato da leggi restrittive sull'immigrazione nei diversi paesi.”³ Non dovrebbe essere negato l'isolamento dell'immigrato “di prima generazione” che si trova sospeso tra due mondi: la sua cultura che costituisce la radice etnica e la società autoctona. E neppure dovrebbe essere banalizzato il possibile comportamento poco sereno dell'immigrato “di seconda generazione” che, giacché nato e cresciuto in altro paese, spesso, si dibatte in un'ambivalenza emozionale di rifiuto della cultura genitoriale e l'aggrappamento esasperato all'identità culturale e religiosa degli avi.

Le tre variabili, compresenti in un medesimo contesto, che caratterizzano i processi più significativi della nostra epoca possono essere così indicate:

1. la mondializzazione dei sistemi informativi,
2. la globalizzazione delle relazioni economiche unita ad un uso elevato della tecnologia,
3. l'internazionalizzazione dei rapporti culturali.

Eppure esiste una sorta di distanza socia-



La distanza sociale ha come riflesso la relazione d'aiuto che ogni infermiere deve mettere in campo nel manifestare la sua competenza professionale sia questa definibile come assistenza diretta, sia quando l'attività deve essere "catalogata" come assistenza indiretta, conservando comunque tutte le caratteristiche dell'operare infermieristico.

La distanza sociale e/o assistenziale non solo orienta i comportamenti individuali quanto, piuttosto, tende a "trascriversi" nel tessuto delle relazioni culturali e multiculturali: pertanto sarebbe auspicabile che la "scrittura" si evolvesse in modo positivo con la tendenza a favorire un clima di accoglienza dell'altro che, poiché diverso da me, mi può arricchire con la sua alterità.

Con il termine multiculturalità si indica un dato di fatto: l'esistenza di molteplici culture, su di un territorio.

L'interculturalità, nella convivenza giorno per giorno, senza stereotipi, accetta la diversità senza nascondersi che due persone non possono pensare in modo identico. Se l'ignoranza è nemica dell'uomo, allora è necessario informarsi, educarsi, crescere nella convivenza per apprezzare le diversità senza subirle e/o senza negativizzarle. Il massimo bene è la persona, patrimonio del pianeta.

Multiculturalità ed interculturalità sono simili secondo il linguaggio corrente, Alessandro Bosi, con il termine interculturale intende *"un progetto di interazioni tra le parti. In una logica interculturale i processi di socializzazione non mirano all'integrazione delle diversità: Non si può pensare di rendere integro, di rendere uno ciò che è costitutivamente diverso. Ovvero lo si può fare, ma meglio sarebbe dire: si può tentare di farlo, cancellando nella sua memoria, la sua diversità."*⁴

L'accoglienza delle diversità è segno di grande maturità culturale, può comincia-

le ove i diversi gruppi che si rapportano, spontaneamente o per necessità, sviluppino convinzioni di vario genere in merito a ciò che li unisce e su quanto li separa nella quotidianità.

In senso ristretto, per distanza sociale si potrebbe intendere la disponibilità dei componenti di un gruppo ad avere contatti sociali e culturali con persone di un altro gruppo. Quello che può costituire una problematicità è una serie di interrogativi:

- Che tipo di contatto, abitualmente, viene ritenuto accettabile?
- In che misura l'uomo della nostra epoca è disposto a parlare di sé?
- Si è, autenticamente, disposti a lasciarsi coinvolgere emotivamente? Se sì, a quale grado? Se no, perché si rifiuta, consciamente oppure in maniera inconscia, il coinvolgimento emotivo?
- A che punto è abitualmente consentita la prossimità fisica, in altre parole, quanto si è disposti a condividere il proprio spazio fisico?

re dalle convinzioni della singola persona, ma può considerarsi veritiera solo e se un largo numero di persone, della medesima società, sono in grado di superare la diffidenza verso il diverso per approdare ad una forma di rispetto autentico dell'altro. Non ci si può nascondere che è difficile essere autenticamente accoglienti, con le parole e con i fatti.

La matrice assimilativa, invece, è meno difficile. Tende all'omologazione ed all'integrazione di un modello culturale e sociale definito impropriamente universale ma, in realtà, è espressione della capacità di fagocitare che caratterizza il più forte. La logica dell'assimilazione nega le differenze quasi le volesse considerare elemento negativo e di disturbo di un ipotetico ordine costituito. Secondo "il sentire" assimilativo solo l'altro deve cambiare e lasciarsi assorbire nella cultura ospitante, adattandosi ad essa.

Mi sembra, a questo proposito, uno ironico spunto di riflessione quanto scrive Kossi Komla-Ebri⁵:

" Un giorno, in classe, durante un incontro sull'interculturalità, chiesi ai ragazzi di darmi una definizione del termine razzismo.

Subito, il più sveglio esclamò: "il razzista è il bianco che non ama il nero!"

"Bene!" dissi. "E il nero che non ama il bianco?"

Mi guardarono tutti stupiti ed increduli con l'espressione tipo:

"Come può un nero permettersi di non amare un bianco?"

L'etnocentrismo, letto in visione etica, è forse riconducibile al sentirsi parte di un gruppo superiore rispetto agli altri. Una superiorità di natura affettiva, relazionale, culturale, ambientale, dialettica ... Occorre capire quali siano i fenomeni che portano le persone ad essere etnocentriche, e ciò succede anche contro la loro volontà se è vero che l'etnocentrismo è un dato intrinseco e naturale, che espone ogni individuo al rischio di diventare ... un po' razzista.

Pur nella consapevolezza di quanto possa essere problematica una relazione autenticamente interculturale, mi sembra di poter affermare che la pratica assimilativa sia fallimentare. Da una mentalità assimilativa prende avvio l'approccio

etnico che tende a riconoscere la diversità, ma secondo logiche da "riserva indiana"; in altre parole l'assimilazione non può essere interculturale perché, pur riconoscendo il diritto alla lingua ed alla cultura originaria, non favorisce il confronto sociale complessivo e, quindi, tende a costituire isole etniche che portano all'isolamento ed al conflitto. E' da sottolineare che il concetto di etnia e di eticità è di non facile definizione proprio perché è una forma simbolica, è assunta unicamente come strumento di indagine e non come determinazione della realtà naturale. Le tradizioni e le identità di un gruppo sociale e/o di un individuo sono continuamente manipolate da chi ha il potere, da chi subisce il potere, da chi vuole ottenere il potere ... Il problema consiste nella necessità di stabilire relazioni all'interno di un gruppo sociale che si caratterizza per diversità linguistica e/o culturale e/o per i tratti fisici che caratterizzano le persone che costituiscono il gruppo stesso. E non si può neppure dimenticare che il gruppo può connotarsi per la sua *visibilità esteriore*, ove un certo numero di individui sono fisicamente vicini, oppure per un *comune denominatore*, che non ha bisogno di essere dimostrato nella visibilità fisica, ma che accomuna persone anche se oggettivamente lontane eppur vicine per gli intenti e gli stili di vita, per la cultura e per le radici storiche che costituiscono il legame tra di loro.

Si può e si deve valutare positivamente la multiculturalità perché in prospettiva è arricchente.

All'uomo moderno è chiesto il raziocinio dell'integrazione per arrivare ad un mondo di pace collaborativa ed operosa. Se per integrazione si intende comunemente la compresenza, la mutua accettazione, il reciproco cambiamento, allora la prospettiva delle relazioni interculturali è la cooperazione delle diversità e nelle diversità.

Ad un primo esame l'integrazione potrebbe essere ristretta ad una *reductio ad unum*, quindi alla "funzionalizzazione" delle alterità ad un progetto unico, però se si vogliono comprendere le diverse sfaccettature dell'integrazione e della differenziazione, è necessario partire dal rispetto reciproco delle differenze che si

integrano per poter meglio progredire nel cammino dell'equilibrio culturale, senza massificazioni e senza prevaricazioni.

In una prospettiva di multiculturalità, dato di fatto del mondo moderno occidentale, la differenziazione identifica il processo di divisione del lavoro sociale, senza gerarchizzare la creatività e la libertà espressiva del singolo. In quest'ottica la differenziazione conserva l'unità strutturale e funzionale, ma mantiene l'equilibrio all'interno di una società cooperativa che ricerca il coordinamento tra i ruoli e le istituzioni.

In genere la differenziazione diventa integrazione se si fonda sul libero consenso delle persone sociali che accettano/ricercano una piattaforma che sia capace di mettere tutte le persone sullo stesso piano e quindi che sia in grado di unificare il comportamento delle persone senza, per questo, omogeneizzarle. Allora la multiculturalità è percepita come scambio, reciproca ricchezza che, pur scaturendo spesso dalla necessità migratoria, conserva la ricchezza della diversità.

In un clima multiculturale ... in divenire, oggi, i valori di fondo non sono condivisi poiché non sono comuni, sta all'intelligenza delle persone adottare un modello procedurale fondato sull'accordo raggiunto primariamente in modo discorsivo (sarebbe un punto di partenza solo strumentale) e successivamente, prendendo razionalmente e liberamente posizione su argomenti avanzati da ciascuno dei componenti il gruppo, raggiungere un consenso sul contenuto di una norma che può ritenersi valida e legittima per tutti. Se guardiamo il mondo che ci accoglie e ci circonda, dobbiamo essere realisticamente convinti che ad ognuno di noi è chiesta la fatica di convivere con persone portatrici di cultura diversa, senza esprimere giudizio di superiorità.

E' lecito e necessario intraprendere un cammino, ponendoci un traguardo: la società è multiculturale, indipendentemente dalla volontà del singolo.

Possiamo negare l'evidenza ma la realtà non può cambiare: è indispensabile stabilire consensualmente le mete dell'integrazione, iniziando il cammino attraverso la mutua accettazione, il reciproco

cambiamento e la cooperazione delle diversità.

E' inevitabile colmare il divario umano che, forse, è frutto di un ritardo evolutivo della specie umana, non si può rimandare il vero dialogo, che può essere solidale perché multiculturale. I motivi per continuare lungo la strada del dialogo sono numerosi a cominciare dal bisogno di ridurre i tantissimi conflitti in corso che traggono il loro carburante dall'odio interculturale. Per sottolineare l'urgenza di un dialogo interculturale, bisogna cercare le cose possibili da fare, per costruire insieme un'etica comune che abbia come elemento fondamentale il rispetto integrale dell'altro, che corrisponde al comandamento del "non uccidere" comune a tutte le religioni-culture. Le iniziative che si possono mettere in campo per rendere concreto il dialogo sono numerosissime, mentre alla guerra, all'odio, alla xenofobia e a quant'altro di simile è sufficiente una sola, grande bugia.

C'è una prospettiva interculturale affascinante: ci aspetta un'interculturalità che diventerà palese ove una persona agisce volontariamente per stabilire un contatto diretto fra i diversi punti di vista.

Per questa ragione l'interculturalità ha buone prospettive: tra due persone, oneste e mature, può esistere l'incontro, cioè il contatto che suscita forme e manifestazioni comunicative che ruotano intorno a tre cardini.

- Impegno sociale e relazionale: aiuto a chi si trova in situazione di bisogno, non per "buonismo" ma per convinzione che tutti gli uomini appoggiano i loro piedi su un'unica piattaforma.
- Impegno cognitivo: fino a quando non si compie lo sforzo di conoscere l'altro, si vive in un clima di timori, più o meno giustificati. Per ridurre o azzerare l'ignoto c'è un'unica strada da percorrere: la conoscenza.
- Impegno politico (non partitico, ma per l'interesse della polis-comunità): poche parole, molti fatti per la cooperazione rispettosa dell'altro, perché ogni "altro" è nella situazione in cui, prima o poi, anch'io mi troverò.

L'interculturalità va declinata in una logica di democrazia che esiste solo se si dà spazio alle differenze, secondo una logi-

ca costruttiva, verso una casa comune che è ancora da costruire e che sarà meglio costruire insieme perché nessun uomo è migliore di tanti uomini uniti.

Le relazioni interculturali sono relazioni tra differenti identità: forse, finalmente, la maggior parte delle persone è stanca di guerreggiare; è numeroso il popolo dei cercatori di pace che ogni giorno maggiore la propria consapevolezza di un bisogno: la cultura è la propria cultura e come tale è riconoscibile; la cultura non è statica, ma è in continuo divenire storico di esperienze specifiche di umanità.

L'interculturalità riconosce il conflitto, lo tematizza, lo rende evidente per poterlo sciogliere secondo modalità non distruttive, in una prospettiva di autentica partecipazione alla pace, mettendosi in

gioco come attori sociali e non come spettatori e neppure come uomini che, sapendo di agire male, temono la luce.

Concludo con un augurio:

ognuno di noi sappia e voglia relazionarsi con l'altro, portatore di una cultura individuale e condivisibile, in una prospettiva di speranza verso un mondo migliore, ove il problema non venga negato, ma risolto in un clima collaborativo: la mediazione è il fondamento che rende stabile la casa.

AUTORE

Marta Nucchi, professore associato di MED 45 scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche

bibliografia

¹ E. Morin (1999). *La tête bien faite*. Seuil, Paris. Traduzione italiana: *La testa ben fatta*. Raffaello Cortina, Milano, 2000, pagina 47

² Art. 1. 3: la responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo. Art. 2. 3: l'infermiere riconosce che tutte le persone hanno diritto ad uguale considerazione e le assiste indipendentemente dall'età, dalla condizione sociale ed economica, dalle cause di malattia.

Art. 2. 4: l'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo.

³ D. DEMETRIO (1997). *Pedagogia interculturale e lavoro sul campo*, in D. Demetrio e G. Favaro, *I bambini stranieri a scuola*, editr. La nuova Italia, Firenze, pag. 25.

⁴ A. Bosi (1998). *La corte dei miracoli*, editr. Battei, Parma. Pag. 35 -36

⁵ K. Komla - Ebri (2002). *Imbarazzismi*, edizioni Dell'arco - Marna, Milano. Pag.

in pillole

Cirrosi, la via della diagnosi precoce

Il NGF, il fattore di crescita nervoso scoperto dal premio Nobel Rita Levi Montalcini, è presente nei malati di cirrosi e di tumore del fegato in livelli fino a 25 volte superiori al normale: potrebbe dunque essere utilizzato come marcatore di tali patologie, permettendone una diagnosi precoce e quindi una maggiore curabilità, per di più con un

semplice esame del sangue e senza il ricorso all'invasiva e rischiosa biopsia. Questi i risultati della ricerca condotta da un gruppo di ricercatori dell'Istituto di Neurobiologia e Medicina Molecolare del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Roma. Lo studio è stato pubblicato di recente sulla prestigiosa rivista *World Journal of Gastroenterology*.

Progetto di intervento educativo dell'ipertensione arteriosa e di altri fattori di rischio causa di patologie renali in una popolazione studentesca di giovani adulti

di Umberto Tulli



PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S) da tempo sostiene l'importanza del ruolo infermieristico, ruolo basato sui principi dell'assistenza primaria formulati anni fa nella conferenza di Alma-Ata. L'importanza del ruolo che gli infermieri potrebbero svolgere nel campo dell'assi-

stenza è stata ulteriormente ribadita in occasione della Conferenza Infermieristica tenutasi a Vienna nel 1988 e più recentemente a Monaco nel giugno del 2000. In quelle sedi, la professione infermieristica è stata riconosciuta fondamentale, prima linea di difesa nell'assistenza sia per la promozione della salute, sia per la prevenzione delle malattie; la professione infermieristica può divenire

competente nella analisi dei bisogni di assistenza della popolazione di un certo territorio, della organizzazione di servizi a misura di questi bisogni e della strutturazione dell'assistenza di base e dell'assistenza infermieristica necessarie. I modelli e le teorie derivano da concetti e si basano sul metaparadigma del nursing, il quale comprende quattro concetti:

- 1 **persona** – libera e responsabile, considerata agente autonomo di salute, patto con l'infermiere per lavorare insieme
- 2 **ambiente** – è caratterizzato da due fattori: interni (sesso, età ...) esterni (famiglia, scuola, lavoro)
- 3 **salute** – equilibrio ed armonia (raggiunta in base alle capacità) tra ambiente, corpo, mente
- 4 **assistenza infermieristica** – il paziente assume un ruolo attivo anche se momentaneamente dipendente, è per questo che l'infermiere assume un ruolo complementare con il paziente per lavorare insieme, con fiducia. Il concetto di nursing elaborato dalla Orem, a cui mi sono ispirato, è il seguente: *"L'infermieristica si interessa in modo particolare del bisogno che l'individuo ha di svolgere attività di autoassistenza, la quale va potenziata e diretta continuamente al fine di conservare la vita e la salute...."* (Orem, 1971). La teoria della Orem è applicata con successo nell'assistenza al paziente diabetico, psichiatrico ed in sanità pubblica.

INTRODUZIONE

Studi prospettici eseguiti negli ultimi decenni hanno evidenziato che l'aumento del rischio di malattie cardiovascolari, ictus e insufficienza renale terminale aumenta in modo lineare con l'aumentare dei livelli di pressione arteriosa (PA), in particolare sistolica. Questo fenomeno è stato osservato a tutti i livelli di pressione, senza che fosse evidenziabile un valore soglia: più alta la pressione, maggiore il rischio di complicanze. Considerando che le abitudini di vita si sviluppano in gran parte nei primi anni di vita, si deduce che la promozione della salute dovrebbe iniziare il più presto possibile. Se poi si osserva che gran parte dell'in-

fanzia e della gioventù si trascorrono a scuola, ne consegue che la scuola costituisce un luogo privilegiato per questo tipo d'intervento. Inoltre, la scuola permette di raggiungere una parte molto ampia della popolazione.

PROGETTO INTERVENTO EDUCATIVO

Numerosi studi indicano che la prevalenza dell'obesità è in rapido aumento e che circa in 1/3 dei casi tale condizione si associa ad ipertensione (7,18,22,25). Tale incremento è attribuibile soprattutto ai cambiamenti ambientali e sociali verificatisi negli ultimi anni. Tali cambiamenti hanno favorito nella popolazione sia la sedentarietà che un'alimentazione sbilanciata per qualità e quantità creando le basi per lo sviluppo di malattie cronico-degenerative, tra le quali obesità ed ipertensione. L'origine polifattoriale delle suddette patologie include l'ereditarietà familiare come espressione di un fattore genetico, ma la loro manifestazione è favorita ed accelerata da fattori ambientali. Nell'ambito di tali fattori, il regime e lo stile di vita svolgono, indubbiamente, un ruolo determinante per la loro genesi. Peraltro, l'ipotesi che la presenza di queste patologie in età evolutiva aumenti le probabilità della loro persistenza in età adulta, è ampiamente documentata dalla letteratura. Pertanto, particolare attenzione va dedicata alla prevenzione. Oggi, infatti, si nutrono pochi dubbi sul fatto che la riduzione dei fattori di rischio d'ipertensione arteriosa già in età evolutiva, significa evitare all'adulto il pericolo di morte per ictus cerebrali, attacchi cardiaci, malattie renali ed altre affezioni.

Meglio prevenire che curare, ma che cosa significa prevenire?

Prevenire significa essenzialmente informare: la prevenzione, più che prescrizione da sostanzialmente informazione. Prevenire, quindi, non è sottoporsi ad una serie più o meno completa d'esami, ciò serve certamente a riconoscere precocemente le condizioni di malattia e quindi permette di intervenire tempestivamente con maggiori probabilità di successo nella cura, ma il primo passo per una reale prevenzione è conoscere le

regole per una vita sana e poi praticarle. Abbiamo quindi bisogno di essere informati adeguatamente, ed informare non spetta solo ai medici ma a tutti noi, con la scuola in prima fila. Il messaggio deve fornire tutte le informazioni essenziali, in modo conciso e non deve suscitare emozioni spiacevoli, perché la paura non fa prevenzione.

Ma quali sono i comportamenti di vita che è consigliabile seguire? Secondo l'OMS si possono così sintetizzare:

- Non fumare
- Limitare il consumo d'alcolici
- Seguire una dieta equilibrata cioè abbondante in frutta, verdura e poco ricca di grassi e zuccheri
- Tenere sotto controllo il peso (l'eccesso di peso è un fattore di rischio per cardiopatie, diabete, ipertensione)
- Evitare di condurre una vita sedentaria, praticando regolarmente attività fisica

Una dieta salubre e l'attività fisica riducono il rischio di malattie mortali influenzando i lipidi del sangue, la pressione arteriosa, la trombosi, il peso corporeo, la tolleranza al glucosio, l'insulino-resistenza. L'attività fisica riduce lo stress, l'ansia e la depressione. Il consumo di frutta e vegetali, la quantità e la qualità dei grassi assunti, il consumo di sale sono gli elementi più importanti di una dieta volta a prevenire sia le malattie cardio e cerebrovascolari che i tumori. Il mantenimento di un peso normale ed un'adeguata attività fisica durante tutta la vita costituiscono i modi più efficaci per prevenire il diabete e molte altre malattie croniche.

INTRODUZIONE ALL'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA

Alcuni studi raccomandano di identificare quei soggetti che, già nei primi anni di vita, sono a rischio di sviluppare IA nell'età adulta. Durante la guerra di Corea in oltre il 30% dei soldati sotto i 20 anni erano presenti lesioni aterosclerotiche dell'aorta e delle coronarie in assenza di manifestazioni ischemiche. L'ipertensione giovanile è più diffusa di quanto si creda ed a lungo termine ha un impatto devastante sulla salute perché provoca malattie cardiovascolari e fa impennare

la probabilità di incorrere in infarto, ictus, malattie renali.

- Obiettivo di quest'indagine è stato quello di valutare la stima della prevalenza d'ipertensione Arteriosa e d'altri fattori di rischio per patologie renali nella popolazione studentesca nella classe d'età 18-21 anni del territorio dell'Azienda Sanitaria Locale Roma/G.
- Individuare precocemente soggetti che in futuro potrebbero sviluppare danno da ipertensione arteriosa
- Sviluppo di strategie educative idonee alla prevenzione dei fattori di rischio

Le caratteristiche dello studio sono state presentate in un incontro preliminare ai Direttori degli Istituti Superiori d'Istruzione.

Hanno aderito sette istituti superiori:

- Istituto Tecnico "A. Volta" - Tivoli
- Istituto Magistrale "Isabella D'Este" - Tivoli
- Istituto Professionale "Olivieri" - Tivoli
- Liceo Scientifico "Maiorana" - Guidonia
- Istituto Professionale "Minniti" - Guidonia
- Liceo Scientifico "Spallanzani" - Tivoli
- Liceo Classico "Amedeo di Savoia" - Tivoli.

In seguito le scuole sono state visitate in date prestabilite da un'equipe di medici ed infermieri della SOC di Nefrologia che hanno presentato i caratteri dell'indagine agli studenti che frequentano le quinte classi della scuola superiore.

La presentazione si è avvalsa di una proiezione con diapositive sull'incidenza, le complicanze e l'importanza della prevenzione di una patologia quale l'ipertensione arteriosa e d'altri fattori di rischio che sono estremamente rilevanti da un punto di vista sanitario e che assorbono molte energie in termini di costi sociali ed economici.

Alla presentazione è seguita:

- la misurazione della Pressione Arteriosa,
 - l'esame delle urine, per l'individuazione di tracce di sangue, proteine, glucosio, con la metodica dello stick urinario
- La rilevazione del peso e dell'altezza per il calcolo dell'indice di massa corporea (BMI).
- Gli studenti che risultavano positivi al primo screening, erano invitati a presentarsi presso la nostra struttura per il

proseguo dell'indagine (Holter Pressorio delle 24 ore; sedimento urinario; ecografia renale; ecocardiogramma; ecocolordoppler vascolare distrettuale delle arterie renali; esami ematici)

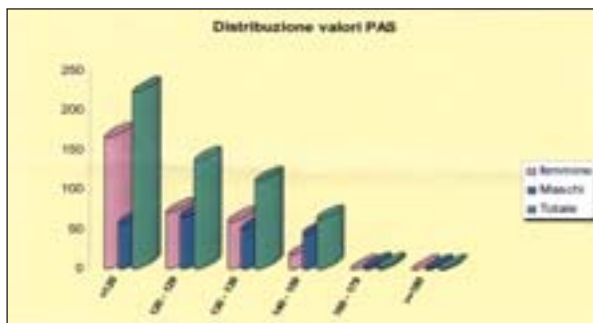
Tale studio si propone di individuare precocemente quei soggetti che potrebbero sviluppare in futuro un danno da ipertensione arteriosa la cui incidenza è pari al 25% della popolazione.

La presenza d'alterazioni urinarie (ematuria e/o proteinuria) può fare da guida nella ricerca di malattie renali con carattere ereditario o acquisite.

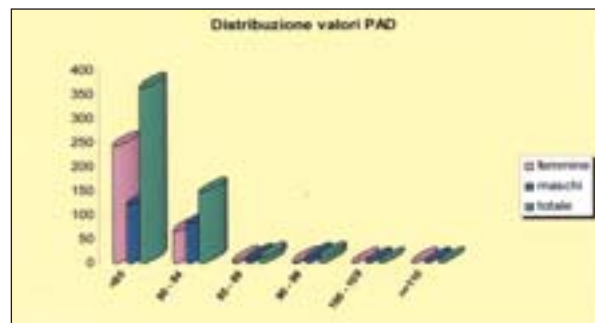
MATERIALI E METODI

Nel biennio 2006-07 sono stati sottoposti a screening per la misurazione della PA 537 studenti (315 F; 222 M), età 18-21 anni, volontari, afferenti al V anno di scuola superiore. Per la misurazione della PA sono state seguite le procedure stabilite dall'European Society of Hypertension (2). Per ciascuno dei soggetti è stato valutato l'indice di massa corporea o Body Mass Index, (BMI - Kg/m²), l'esame delle urine, per l'individuazione di tracce di sangue, proteine, glucosio, con la metodica dello stick urinario.

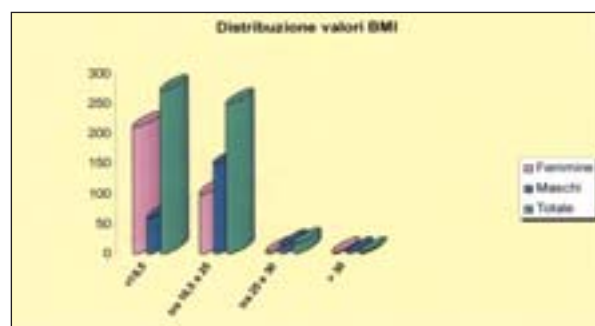
RISULTATI



	femmine	maschi	totale	%
<120	166	57	223	41,5%
120 - 129	71	65	136	25,3%
130 - 139	60	51	111	20,7%
140 - 149	18	45	63	11,7%
150 - 159	0	3	3	0,6%
≥160	0	1	1	0,2%



	femmine	maschi	totale	%
<80	243	121	364	67,8%
80 - 84	66	81	147	27,4%
85 - 89	4	8	12	2,2%
90 - 99	2	11	13	2,4%
100 - 109	0	0	0	0,0%
≥110	0	1	1	0,2%



BMI	femmine	maschi	totale	%
<18,5	211	60	271	50,5%
tra 18,5 e 25	100	149	249	46,4%
tra 25 e 30	3	13	16	3,0%
> 30	1	0	1	0,2%

	Risultato	Prot	sangue	Glucosio
	neg	531	533	536
Stick urinari	+	5	2	1
	++	1	2	0
	+++	0	0	0
	Totale stick	65		

dettaglio 6 proteinurie isolate con PA nella norma
4 microematuria isolate con PA nella norma
1 glucosio urinario con PA nella norma

DISCUSSIONE

Secondo i dati del National Health and Nutrition Survey (NHANES II), la prevalenza di IA nella popolazione adulta degli USA è del 26%; attualmente si stima che 50 milioni d'americani abbiano valori pressori oltre 140/90 mmHg (10). La prevalenza di IA nella popolazione italia-

na adulta è pari a circa il 30% secondo diversi studi; 67/537 (13%) soggetti nel nostro campione hanno mostrato valori di PA $\geq$ 140/90 mmHg e considerati candidati ad approfondimento diagnostico, ma il *bias* legato alla volontarietà in questo studio, potrebbe sottostimare la reale entità del problema. L'uso della circonferenza addominale, più che il BMI, si pone come parametro di riferimento nelle indagini più recenti sul rischio cardiovascolare

Sono state seguite 20 ecografie renali d'approfondimento diagnostico di cui 1 positiva; 10 studenti sottoposti a screening sono risultati con sedimento urinario positivo.

Nel nostro studio 17/537 soggetti (3.2%) avevano valori di BMI $\geq$ 25 e gli adulti con BMI 18.5 $\geq$ 24.9 sono classificati come soggetti di peso normale dai principali studi; in realtà la presenza di comorbidità inizia a manifestarsi con BMI > 20, cosicché la differenziazione tra sovrappeso (BMI > 25) ed obesità (BMI > 30) può risultare arbitraria. Considerato che BMI $\geq$ 30 rappresenta uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare nell'età adulta e che recenti studi longitudinali mostrano come l'incremento del BMI nei bambini e nei giovani adulti sia fattore predittivo indipendente di ipertensione Arteriosa nell'adulto, riteniamo sia importante continuare nello screening in questa fascia di popolazione.

IL RUOLO DEL TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

Gli interventi terapeutici antipertensivi di tipo non farmacologico, basati sulla modifica dello stile di vita e delle abitudini comportamentali, si sono dimostrati efficaci nel ridurre i valori pressori ed il rischio cardiovascolare globale del paziente iperteso. Sebbene siano spesso di non facile attuazione pratica e non ne siano pressoché mai stati documentati gli effetti a lungo termine sulla morbilità e mortalità cardiovascolare e globale, gli interventi non farmacologici non presentano (al contrario di quelli farmacologici) controindicazioni d'impiego, essendo indicati anche dalle più recenti Linee Guida sulla terapia dell'ipertensione sia

essenziale che secondaria, indipendentemente dall'età anagrafica del paziente e dalla gravità dello stato ipertensivo.

Interventi non farmacologici di trattamento dell'ipertensione arteriosa

ABOLIZIONE DEL FUMO DI SIGARETTA

CALO PONDERALE

DIETA IPOSONDICA

TRAINING FISICO

RESTRIZIONE CONSUMO BEVANDE ALCOLICHE

DIETA RICCA DI FIBRE ED ACIDI GRASSI OMEGA-3

CONCLUSIONI

Il controllo della pressione arteriosa rappresenta un obiettivo fondamentale, sostenuto da forti evidenze, della prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari e renali; la necessità di un forte impegno per il mantenimento di valori pressori adeguati viene ulteriormente giustificato dal frequente rilievo, nei pazienti ipertesi, di un addensamento di più fattori di rischio. Nello studio di Framingham, circa un terzo degli ipertesi presentavano livelli di colesterolo >240 mg/dl, un quarto livelli di colesterolo HDL < 35 mg/dl, un terzo erano fumatori ed il 50% era in sovrappeso corporeo (15).

In Italia ci sono attualmente 19 milioni d'ipertesi, altrettanti in sovrappeso, circa 20 milioni con ipertrigliceridemia e 4 milioni di diabetici. Come gli americani, circa ¼ degli italiani hanno almeno 3 fattori di rischio cardiovascolare contemporaneamente (14).

Di fronte ad un problema di questa portata c'è da porsi prima di tutto il problema della prevenzione primaria, che è il miglior modo per eradicare le malattie. Per far questo dobbiamo combattere più efficacemente l'ipertensione, il sovrappeso e l'obesità, la dislipidemia e lanciare o rilanciare con maggiore energia campagne antifumo.

Alla luce di quanto esposto appare fondamentale il tentativo di mettere a punto tutte le strategie possibili per l'identificazione e la correzione dei fattori di rischio anche grazie all'apporto multidisciplinare. Ogni intervento in grado di agire sulla prevenzione e sul rallentamento della progressione del danno

renale può comportare non solo un miglioramento della qualità della vita della popolazione, ma diventa importante anche dal punto di vista economico – sociale.

Dall'esperienza maturata in questo biennio è apparsa evidente l'importanza del personale infermieristico non solo nella fase dello studio ma soprattutto nei colloqui con gli studenti, all'intervento informativo ed educativo, il loro ruolo nel trattamento non farmacologico dell'ipertensione arteriosa. Decine sono state le domande poste dagli studenti ai colleghi infermieri. Queste domande

sono state raccolte, ed insieme alle risposte allegate all'opuscolo informativo creato ad hoc da consegnare agli studenti del prossimo anno di studio; questo opuscolo ha lo scopo di fornire le prime informazioni, dei chiarimenti e di rispondere alle domande più frequenti che gli studenti si pongono in caso di dubbio di malattia renale (6,17,24).

AUTORE

Dr. Umberto Tulli
Infermiere Coordinatore
SOC Nefrologia e Dialisi
Ospedale di Tivoli (Roma)

bibliografia

1. 1999 WHO Organization International Society of Hypertension Guidelines for the management of Hypertension. Journal of Hypertension. 17: 151-183; 1999.
2. American Nurses Association., Standard of Nursing Practice, Washington, 1973.
3. Boero R. Quarello F. Il paziente nefropatico. Medico e paziente.
4. Calamandrei C., I fondamenti della scienza infermieristica. Metaparadigma e paradigmi, Nursing Oggi, 1; 2000.
5. Canotti R. et al. Introduzione alla metodologia del processo di nursing. Un approccio italiano, Padova; 1994.
6. Conz P. Guida alla terapia dialitica: Piccin, 1997.
7. Dompè Biotec Nephrology: Mantieni l'organismo in equilibrio, 2004.
8. G Ital Cardiol 1999; 29(Suppl 2):19-22
9. Guidelines Committee. European Society of Hypertension- European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 21:1011-1053; 2003.
10. J Hypertens 2003; 21:1011-1053
11. Kannel WB, Castelli WP, McManara PM et al. Role of blood pressure in the development of congestive heart failure. The Framingham Study. N Engl J Med. 287:781-787; 1972.
12. Lo Biondo – Wood G., Haber J., Metodologia della ricerca infermieristica. Mc Graw Hill; Milano; 1997.
13. Maciocco G. Le riforme dei sistemi sanitari nei paesi industrializzati. Salute e Territorio;118; 2000.
14. Mancina G. et al. Cardiovascular risk profile and blood pressure control in Italian hypertensive patients under specialist care. J Hypertens. 22:51-7; 2004.
15. Mancinelli S. et al. Studio epidemiologico sull'influenza dell'obesità sull'ipertensione arteriosa giovanile. Ig. Mod. 81:1235-47; 1984.
16. Motta P.C. , Il processo d'assistenza infermieristica, Torino; 1998.
17. Ponticelli C. La dialisi. Roma: Pensiero scientifico, 1993.
18. Pontremoli R. Il paziente iperteso ad alto rischio: identificazione e trattamento. Accademia Nazionale di Medicina. Genova; 2002.
19. Rose G. The Strategy of Preventive Medicine New York, Oxford University Press; 1992.
20. Sackett e Holland, Lancet . 2: 357-359; 1975.
21. Sansoni J. Lo sviluppo della conoscenza infermieristica: suo contributo alla teoria ed alla disciplina del nursing. Professioni Infermieristiche, 49: 16-21; 1996.
22. Stamler R, et al. Weight and blood pressure: findings in hypertension screening of 1 million Americans. JAMA 1978; 240: 1607-1610.
23. Trias of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. The effects of non pharmacological interventions on blood pressure of persons with high normal levels. JAMA 1992; 267: 1213.1220.
24. Viglino G. Il rene tra normalità e dialisi. Alba: Baxter; 2001.
25. www.cardiologiapertutti.org/Iipertensione/arteriosa.
26. Zoccali C. La nefropatia associata all'ipertensione arteriosa. Giornale Italiano di Nefrologia. Anno 19 n. 5, 517-522; 2002.

Un progetto educativo sulla dipendenza da alcol rivolto agli studenti delle scuole medie superiori

di Compagnone Teresa, Giurin Roberto, Organtini Claudia



INTRODUZIONE

Il progetto educativo prende lo spunto da uno studio retrospettivo eseguito presso il DEA dell'Ospedale G.B. GRASSI che nel periodo 2001-2005 ha evidenziato un incremento del numero di accessi per patologia alcolica nelle ore notturne del sabato notte e domeni-

ca mattina con particolare riguardo all'età compresa tra 14 e 19 anni.

Il progetto educativo, rivolto ad una classe quarta del liceo scientifico Labriola, è strutturato in tre sezioni: dati epidemiologici relativi al consumo di alcol in Italia, alcol - patologie e rischio alcolcorrelato, alcol e guida. La valutazione di risultato è stata effettuata

tramite un pre e post test, mentre quella di processo con una scheda di valutazione dell'evento formativo.

La realizzazione dell'evento formativo ha evidenziato la sua riproducibilità su un campione più ampio.

INTRODUZIONE

Il progetto educativo riportato nel presente articolo, fa parte di una tesi per il conseguimento del master in sanità pubblica.

Nasce con l'obiettivo di condurre nel territorio del XIII Municipio del Comune di Roma un'attività di prevenzione, informazione e sensibilizzazione sulla problematica dell'alcolismo, rivolta in particolar modo alla popolazione adolescente, e di stimolare una cultura della salute con finalità educativa, come "valore".(1)

MATERIALI E METODI

Uno studio retrospettivo eseguito presso il DEA dell'Ospedale G.B.GRASSI che prende in considerazione il periodo 2001-2005 (2) ha evidenziato un incremento del numero di accessi per patologia alcolica nelle ore notturne del sabato notte e domenica mattina con particolare riguardo all'età compresa tra 14 e 19 anni. Grafici 1 e 2.

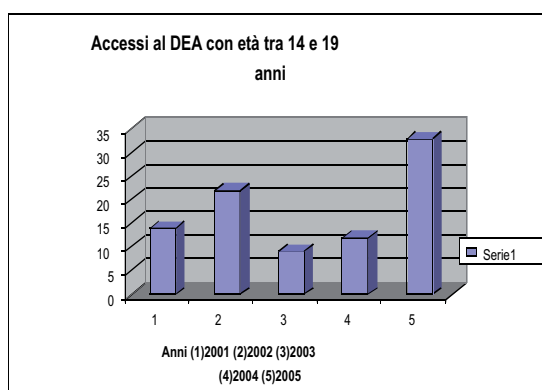


Grafico n. 1: totale numero accessi per fascia di età' (14 anni-19 anni) nel periodo 2001 – 2005

Da questi dati emerge dunque la necessità di educare ed informare la comunità scolastica del XIII Municipio Scuole Medie Superiori alla sul problema della dipendenza da alcol.(3)

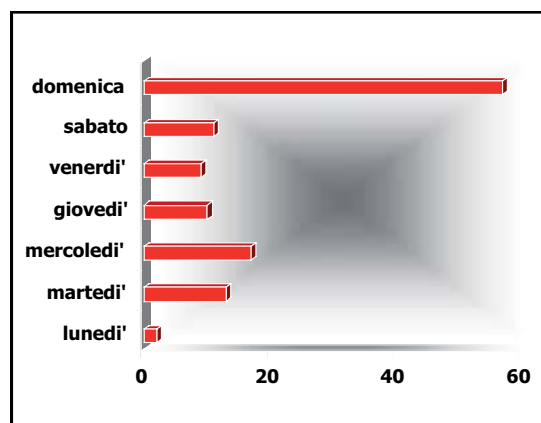


Grafico n. 2: numero accessi secondo i giorni della settimana

L'intervento educativo è stato effettuato il 28 maggio 2007 presso la scuola media superiore Liceo Scientifico "A. Labriola" nella classe IV composta da 14 studenti.

La lezione, della durata di circa 3 ore, è stata articolata in tre sezioni didattiche; la prima sezione presenta in modo sintetico i dati epidemiologici relativi al consumo di alcol in Italia; nella seconda sezione si forniscono informazioni sull'alcol, sulle patologie e sul rischio alcolcorrelato (4). Nella terza sezione vengono fornite le informazioni relative agli effetti dell'alcol sulla guida, in modo che gli studenti possano essere consapevoli dei propri limiti psicofisici e di quelli dettati dal Codice della Strada.(5)

La metodologia didattica utilizzata (6) si è avvalsa di un pre e post test, di una breve lezione frontale, un brainstorming ed una discussione. Al termine dell'intervento educativo è stato proiettato un videoclip, appositamente predisposto per rafforzare il messaggio, che è stato donato ad ogni studente unitamente ad una Brochure.

Le tecniche di valutazione del progetto educativo si sono articolate nella:

- Somministrazione iniziale di un pre test al fine di valutare le conoscenze di base. (all. 1)
- Valutazione continua (feed back, osservazione del comportamento non verbale).
- Somministrazione finale di un post test, per valutare il raggiungimento degli obiettivi cognitivi
- Scheda di valutazione dell'evento formativo.(all. 2)

La valutazione del post test prevedeva un LAP (livello atteso di performance) del 60% pari a 9 domande esatte su 15 totali.

RISULTATI

La valutazione delle conoscenze di base ha evidenziato una grave carenza informativa : solo il 14,5% degli studenti (2 su 14) ha dato il 60% delle risposte esatte. Grafico 3.

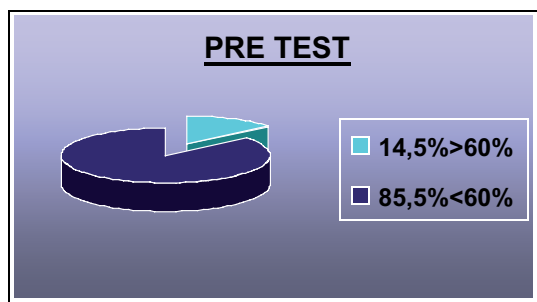


Grafico n. 3 Conoscenze preliminari

Al termine dell'intervento educativo il LAP e' stato raggiunto dal 100% degli studenti. Grafico 4.

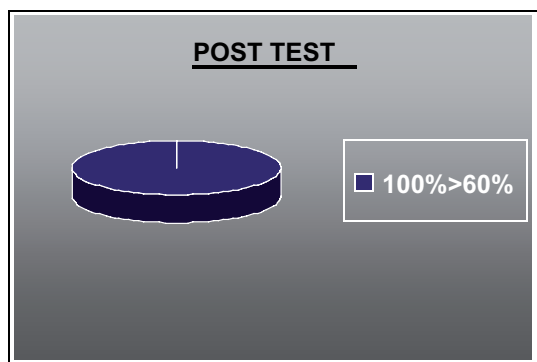


Grafico n. 4 Conoscenze dopo l'intervento educativo

La scheda di valutazione dell'evento formativo e' stata strutturata mediante una scala che misurava la rilevanza dell'argomento, la qualità educativa e l'efficacia dell'evento. A questo proposito si nota come sommando le variabili rilevante e molto rilevante si ottiene che per il 100% degli studenti l'argomento è importante, grafico n. 5.

Per quanto attiene alla qualità educativa il grafico n. 6 evidenzia che utilizzando le variabili buona ed eccellente si arriva al 93%, il restante 7% considera la qualità educativa soddisfacente.

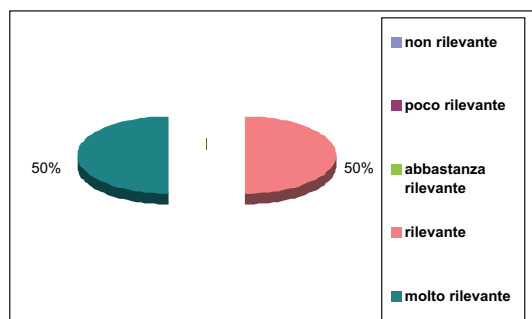


Grafico n. 5 Rilevanza argomento

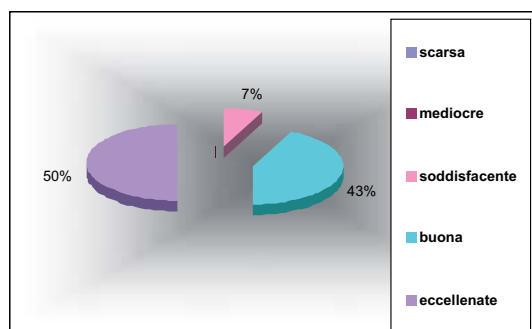


Grafico n. 6 Qualità educativa

La terza domanda voleva sapere se l'intervento educativo avrebbe influito sulla futura condotta verso l'uso di alcol e, come possiamo vedere dal grafico n. 7,

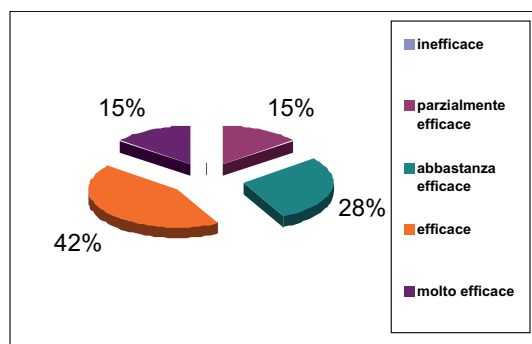


Grafico n. 7 Efficacia evento

l'intervento è stato ritenuto efficace e molto efficace dal 70% degli studenti, solo il 15% lo considera parzialmente efficace ed un altro 15% inefficace.

DISCUSSIONE

Questo progetto educativo è stato realizzato partendo da quelle che riteniamo essere, alla luce di studi, ricerche e analisi, le necessità educative in materia di alcol e problematiche alcolcorrelate. Per affrontare questa tematica abbiamo

ritenuto indispensabile avviare un lavoro di educazione sanitaria che coinvolga innanzitutto i giovani e la scuola.

Abbiamo identificato come target un gruppo di adolescenti di età compresa tra i 14 e i 19 anni, con particolare attenzione ai giovani tra i 17 e 19 anni, quindi gli studenti delle ultime due classi delle superiori.

Abbiamo utilizzato un approccio non direttivo, che evitava di dire cosa i ragazzi debbano o non debbano fare, ma mediante la discussione, il brainstorming, il video clip e la brochure abbiamo cercato di sviluppare in loro stessi un atteggiamento più consapevole e più maturo verso le problematiche evidenziate. Si sono mostrati quali sono i rischi di un uso smodato di bevande alcoliche con ripercussioni sia sull'organismo che sulla guida e si è cercato di chiarire il significato di alcol come droga numero uno al mondo.

È nostra opinione che attraverso l'educazione al consumo (o al non consumo) e un'informazione completa e corretta, i ragazzi possano essere responsabilizzati a compiere scelte maggiormente consapevoli sul comportamento corretto per l'utilizzo di alcolici.

Riteniamo ancora aperto questo lavoro che ci ha visti partecipare direttamente, ma che dovrebbe sensibilizzare e impegnare tutti gli organi scolastici al fine di aiutare i ragazzi a crescere bene e in "salute", intendendo con questo termine uno stato di benessere generale della persona e non solo "l'assenza di malattie". Idealmente in termini prospettici sareb-

be utile promuovere programmi di sensibilizzazione e di educazione tra i docenti, i ragazzi, i genitori e il personale non docente, affinché la scuola sia vissuta come comunità capace di promuovere la salute in senso lato e la crescita individuale.

CONCLUSIONI

La comunicazione delle informazioni tramite lezione in power-point, video clip e brochure ha trovato immediato e favorevole riscontro sia da parte degli studenti, sia da parte del personale docente, che ha assistito all'intervento educativo, partecipando in maniera attiva alla discussione.

L'intervento educativo risulta pertanto, con alcune modifiche sulla pianificazione dei contenuti, sicuramente riproducibile su un campione più ampio. A questo proposito già alcuni docenti hanno prospettato la necessità di ripetere l'intervento ad altre classi ed è stata data la più ampia disponibilità da parte di chi ha realizzato il primo intervento educativo.

AUTORI

D.ssa Compagnone Teresa
professore a contratto Med 45 Università di Tor Vergata
Infermiere, master in sanità pubblica,
Giurin Roberto, ARES 118 postazione di Fregene
Infermiera, master in sanità pubblica,
Organtini Claudia, Medicina Donne
Ospedale G.B. Grassi ASL RM/D

bibliografia

- 1 **Pellai Alberto**, Educazione sanitaria. Principi, modelli, strategie e interventi. Manuale per insegnanti e operatori socio-sanitari, Franco Angeli Editore, 1997.
- 2 **Dati estrapolati da programma G.i.p.s.e** del CED Ospedale G.B.Grassi, anni 2001-2005.
- 3 **Bastiani Pergamo Antonia, Drogo Giuseppina M. Letizia**, I giovani e l'alcol, Collana Medico Psicopedagogia diretta da Bollea G. Armando Editore 2002.
- 4 **Mirarchi Gianfranco**, dalle lezioni di farmacologia al Master in sanità pubblica anno 2004-2006.
- 5 **Nuovo Codice della Strada**, integrato dalla Legge 214 del 01/08/2003.
- 6 **Compagnone Teresa**, La progettazione didattica, dalle lezioni di Educazione sanitaria al Master in sanità pubblica anno 2004-2006.

Allegato 1

Scuola.....

Data.....

PRE E POST TEST

Barrare con una crocetta la risposta esatta

Il limite di alcol consentito per la guida corrisponde ad un'alcolemia pari a:

- A 0,8 g/litro
- B 5 g/litro
- C 0,5 g/litro

2. Dopo l'ingestione di una bevanda alcolica a stomaco vuoto, l'alcolemia ha il suo picco massimo dopo:

- A 20 minuti
- B 30 minuti
- C 50 minuti

3. In quale delle seguenti situazioni è raccomandata l'astensione completa dal consumo di bevande alcoliche:

- A Se sei tifoso della Roma (bevi per dimenticare)
- B Se si hanno o si sono avuti altri tipi di dipendenza
- C Se hai meno di 18 anni

4. Hai bevuto 2-3 birre, e devi accompagnare a casa un amico con la tua auto, come ti comporti?

- A Guidi, accendendo la radio ad alto volume e aprendo tutti i finestrini
- B Guidi, dopo aver bevuto un caffè
- C Fai guidare il tuo amico per evitare un' ipotetica multa

5. Uscito da un pub, dove hai bevuto 1 birra, 1 mojito, e 1 grappa, la polizia ti ferma per un controllo. Che cosa potrebbe accaderti?

- A Ti infligge una multa e ti ritira la patente per superamento dei limiti consentiti di alcol nel sangue

B Ti infligge solo una multa per superamento dei limiti consentiti di alcol nel sangue

C Ti ritira la patente per superamento dei limiti consentiti di alcol nel sangue

6. Il ragazzo che ha acquisito la patente da 2 anni avrà la decurtazione dei punti dalla patente all'accertamento del reato (guida in stato di ebbrezza) di:

A 20 punti (10 + 10) perché ha la patente da meno di 3 anni

B 10 punti

C 5 punti

7. In che percentuale l'alcol incide sugli incidenti stradali:

A 30%

B 25%

C 45%

8. L'alcol è una droga?

A No

B Si

C Dipende da cosa bevi

9. Un bicchiere di vino (125ml a 12° di alcol), viene smaltito dall'organismo in:

A 30 minuti

B 45 minuti

C 60 minuti

10. L'alcol rende difficoltosa la coordinazione dei movimenti, e aumenta il tempo di reazione di chi guida; sapresti indicare la percentuale di ritardo nella frenata del mezzo:

A 10% al 20%

B 10% al 30%

C 30% al 50%

11. Che cosa si intende per tolleranza alcolica?

A La necessità di assumere quantitativi sempre maggiore di alcol per raggiungere l'effetto desiderato .

B La comparsa di sintomi alla sospensione o riduzione dell' alcol

C Si riscontra in soggetti in cui l'alcol non ha nessun effetto

12. Quale è la malattia irreversibile e degenerativa che colpisce il fegato?

A Steatosi

B Epatite alcolica

C Cirrosi

13. Cos'è l'unità alcolica?

A L'Unità di misura per calcolare quanto alcol si è introdotto nel corpo

B L' Unità di misura dell'alcol contenuto in una bevanda

C La Misura metrica dell'altezza delle botti di vino

14. L'unità alcolica è pari a :

A 100 grammi di alcol

B 12 grammi di alcol

C 50 grammi di alcol

15. Nella sindrome da astinenza da alcol, il Delirium tremens è:

A Fase iniziale

B Fase intermedia

C Fase finale

ALLEGATO 2

TITOLO DEL CORSO: SATURDAY ALCOL NIGT FEVER S.A.N.F.

Sede: Scuola.....

Data

Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte degli studenti

Barrare con una crocetta le voci di interesse.

1. Come valuti la **rilevanza** degli argomenti trattati rispetto alla tua formazione?

Non rilevante	Poco rilevante	Abbastanza rilevante	Rilevante	Molto rilevante
☐	☐	☐	☐	☐

2. Come valuti la **qualità educativa** fornita da questo evento?

Scarsa	Mediocre	Soddisfacente	Buona	Eccellente
☐	☐	☐	☐	☐

3. Come valuti l'**efficacia** dell'evento per la tua condotta futura?

Inefficace (non ho imparato nulla per la mia condotta futura)	Parzialmente efficace (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia condotta futura)	Abbastanza efficace (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	Efficace (mi ha stimolato a cambiare alcuni aspetti della mia condotta futura)	Molto efficace (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia condotta futura)
☐	☐	☐	☐	☐

Suggerimenti, commenti e proposte

Firma del partecipante

L'infermiere e il placebo

di Massimo Giordani



INTRODUZIONE

Nella pratica medico-infermieristica spesso si viene a contatto con pazienti che presentano problematiche di ogni tipo, a cui si deve rispondere con interventi assistenziali immediati più o meno semplici. Tra i bisogni che presentano gli assistiti, il sonno, la tran-

quillità e la riduzione delle sofferenze fisiche sono molto frequenti, con conseguenti richieste più o meno elevate di risposte terapeutiche efficaci, tuttavia le esperienze e le conoscenze maturate sul campo da medici e infermieri gli fanno capire quante di queste richieste siano in realtà fondate, perchè spesso può trattarsi di un semplice desiderio soggettivo

di ricevere una terapia farmacologica non necessaria. Spetta quindi a loro capire la fondatezza di queste richieste, intervenendo efficacemente con la comunicazione o con prescrizioni farmacologiche mediche o addirittura ricorrendo a un espediente: *il placebo*. *E' proprio quest'ultimo intervento il tema focale di questa ricerca, in quanto questo studio ha messo in rassegna varie tipologie di placebo verificandone l'efficacia e mettendone in risalto i limiti e gli abusi di questa "falsa" terapia.*

Questa ricerca vuole farci sapere un po' di più sul mondo del placebo, per cercare di evitare gli abusi farmacologici dei pazienti che cercano nella "pastiglia" il rimedio a tutti i loro mali, ed è rivolto al personale medico-infermieristico nella speranza di renderli più "consapevoli" nell'utilizzo del placebo.

IL PLACEBO

Il placebo è una sostanza o preparazione inerte che non produce nessun effetto e viene somministrata al semplice scopo di soddisfare nel paziente, il desiderio soggettivo di ricevere una terapia farmacologia in realtà non opportuna.

La parola placebo infatti deriva dal latino *placere* e significa piacere, accontentare e nella sua accezione immediata suona quasi a scherno. L'effetto placebo è l'effetto psicologico o fisiologico prodotto dal placebo. In realtà sussiste un'interpretazione più profonda che rifacendosi al Salmo 114 (placebo domine in regione vivorum) associa il placebo alla vita. La definizione medica viene riportata per la prima volta nel Quincey's Lexicon del 1787, dove l'effetto placebo viene definito come "medicamento usato più per piacere che giovare al malato".

Non è solo sui malati immaginari, "accontentati" dai medici con la somministrazione di pillole di zucchero che agisce l'effetto placebo: esso infatti può provocare il cambiamento di alcuni parametri biologici e fisiologici nell'organismo, e ciò è stato dimostrato da numerosi studi. Il placebo viene spesso impiegato, come termine di confronto, anche nell'ambito di sperimentazioni cliniche di nuovi farmaci (sperimentazione in doppio cieco) per valutare l'efficacia in termini obiettivi.

Altro significato molto più importante del placebo è l'*effetto psicologico*, che si basa sulla stimolazione del sistema endorfinico dell'organismo. Le ricerche hanno dimostrato che in uno stato di eccitazione positiva (eustress) e di rilassamento, si formano le endorfine (morfine endogene) che alzano il limite di tolleranza del dolore.

Se l'individuo si concentra su pensieri piacevoli o su un'attività che gli è congeniale, i dolori presenti diventano molto più tollerabili. Anche il significato di un dolore influisce sul modo in cui viene recepito: paura, preoccupazioni e stress possono ingigantire la sensazione. La *speranza*, l'*incoraggiamento* e la serenità interiore (e altri fattori di eustress) possono invece avere un effetto placebo che stimola le endorfine.

Conoscere questo meccanismo può servire molto nell'assistenza infermieristica.

L'effetto placebo è noto fin dai tempi di Ippocrate ed è da allora che si sviluppò l'idea che la mente potesse curare il corpo, concetto ripreso più volte dai terapisti come espediente per curare pazienti non trattabili in altro modo. Molte persone ammettono l'esistenza dell'effetto placebo, che a volte è più efficace di molte altri farmaci e che per questo motivo dovrebbe essergli riconosciuto un ruolo terapeutico, *ma è anche vero che mentire al paziente è un errore. In effetti per quanto efficace, vengono meno i principi etici*, ma non per questo deve essere ignorato il fenomeno per altro riscontrato in altre realtà.

ETICA E CODICE DEONTOLOGICO DEGLI INFERMIERI

A questo punto occorre ricordare cosa dice il Codice Deontologico degli Infermieri riguardo il placebo, citandolo nell'articolo 4, *"Rapporti con la persona assistita"*, paragrafo 14, che dice: *"L'infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili. Si impegna a ricorrere all'uso di placebo solo per casi attentamente valutati e su specifica indicazione medica"*.

Il Codice Deontologico ci dice quindi di fare grande attenzione all'utilizzo del placebo. Una certa cautela deve essere attribuita al possibile effetto negativo derivato dall'uso del placebo sulla rela-

zione Infermiere-Medico-Paziente: si deve cioè evitare che la fiducia che sta alla base dell'atto medico e/o infermieristico e che "mobilita" i meccanismi di difesa di ciascun individuo venga incrinata dalla sensazione che il paziente può avere di essere ingannato, perché trattato con un placebo. In alcuni casi questa prescrizione può essere addirittura pericolosa per il paziente, ritardando la diagnosi o venendosi a sostituire a interventi terapeutici assai più efficaci. *Non è possibile dare delle indicazioni precise per l'uso del placebo in terapia, anche se è necessario raccomandarne un uso attento, dopo aver esaminato con cura le possibili conseguenze sullo stato psicofisico del paziente e quando altri trattamenti si siano dimostrati inutili o dannosi.*

Il placebo non deve rappresentare una scusa per la quale il medico e/o l'infermiere "abbandoni" il paziente senza farsi carico dei reali problemi anche psicologici che lo affliggono. Questo è il modo per distruggere il rapporto stesso. Appare evidente come solo l'impiego cosciente del placebo risulti eticamente e scientificamente ammissibile in quanto, molte volte, l'origine dei sintomi risiede in cause che non si risolvono con interventi farmacologici, o che detti sintomi sono transitori e non richiedono trattamento alcuno, o che vanno indagati prima di intraprendere una terapia sintomatica. Fatta questa breve parentesi, ora passiamo allo studio in questione.

MATERIALI E METODI

Il campione, caratteristiche, criteri di scelta e reclutamento

Il campione è costituito da 100 unità, o casi di studio, costituito da 31 maschi e 69 femmine, raccolti in un arco di tempo di circa 9 mesi da Ottobre 2006 a Giugno 2007. Ogni unità rappresenta un caso di somministrazione di placebo ad un paziente di qualsiasi sesso ed età all'oscuro di tale terapia. Non vi è stata una selezione dei pazienti trattati con il placebo, in quanto lo studio è di tipo "indiretto" perché ogni caso di studio rappresenta una somministrazione di placebo raccontato da un infermiere intervistato. *Da sottolineare che in tutte le interviste effettuate, è stata rilevata prima della*

somministrazione del placebo, da parte dell'infermiere su specifica indicazione medica, un'attenta valutazione del bisogno farmacologico manifestato dal paziente. Per la raccolta delle 100 unità di studio sono state necessarie 162 interviste a infermieri, perché non tutti avevano casi di placebo da raccontare.

Strumenti e metodo

Non è stato elaborato uno strumento per la rilevazione delle unità di studio, in quanto la campionatura è avvenuta attraverso l'intervista informale a infermieri, chiedendo loro se avessero mai sentito o vissuto casi clinici di somministrazione di placebo, annotando così i risultati a loro conoscenza. Le interviste sono state condotte seguendo una lista di domande, che nel corso dell'intervista venivano formulate all'infermiere. Ogni intervista, è stata poi annotata su una griglia, con l'esito (positivo o negativo), il motivo di utilizzo e il tipo di placebo utilizzato. Il campionamento degli infermieri a cui sottoporre l'intervista è stato di convenienza, intervistando tutti gli infermieri che si prestavano gentilmente all'intervista presenti a corsi di aggiornamento (E.C.M.), prove di selezione per master infermieristici o in strutture ospedaliere, per un totale di 162 interviste che hanno generato 100 casi di somministrazione di placebo.

Analisi statistica

Principalmente è stata condotta un'analisi statistica descrittiva univariata, consistente nel calcolo delle percentuali per ogni tipo di dato considerato rilevato dall'utilizzo del placebo. I risultati più rilevanti e significativi sono stati infine rappresentati tramite istogrammi, grafici a torta e tabelle.

ANALISI DEI RISULTATI

Il campione di studio è composto da 100 casi di somministrazione di placebo a 31 uomini e 69 donne, con verifica di efficacia del placebo costituito da due possibili risposte: effetto positivo o negativo, senza nessuna distinzione tra positivi o negativi parziali, questo perché trattandosi di risultati ricavati tramite intervista è stato più semplicistico ottenere risposte

nette, tra l'altro pochissimi intervistati hanno dato risultati parziali positivi (6 casi), pertanto i risultati sono stati ottimizzati per un migliore studio a 2 possibili risposte.

Sono da segnalare 76 casi di placebo andati a buon fine (76%), mentre i restanti casi (24, pari al 24%) la somministrazione non ha dato risultati. Dividendo lo studio tra maschi e femminine, si deve constatare che la raccolta dati ha rilevato un'alta prevalenza di somministrazione di placebo nelle donne, con il 69 casi (69%) seguito da 31 casi maschili (31%). Nelle 69 somministrazioni di placebo alle donne, ben 56 casi sono stati efficaci (81,2%), mentre negli uomini solo per 20 persone ha funzionato (64,5%).

Dei 100 casi, sono stati identificati 9 tipi di placebo qui sotto elencati:

- 1) Gocce di acqua in bicchiere per OS;
- 2) Acqua in siringa senza ago, da somministrare sotto la lingua;
- 3) Gocce di fisiologica in bicchiere per OS;
- 4) Soluzione fisiologica in siringa senza ago, da somministrare sotto la lingua;
- 5) Soluzione fisiologica intramuscolo;
- 6) Fleboclisi di soluzione fisiologica endovena;
- 7) Fleboclisi di soluzione fisiologica con fiala di vitamina b12 per colorante endovena;
- 8) Compresa senza efficacia terapeutica del caso, tipo complesso multivitaminico;
- 9) Olio di vaselina (paraffina liquida) usata topicamente come crema antidolorifica.

Per ogni tipo di placebo sono stati riassunti la frequenza di utilizzo e l'efficacia, qui sotto riportati in tabella con relative

percentuali (Tabella n°1, Risultati ricerca placebo).

Dopo questa breve sintesi dei risultati, di seguito sono descritti a fondo ogni singolo tipo di placebo studiato analizzandone l'utilizzo e i dati ricavati dalle interviste.

Gocce di acqua in bicchiere per OS

L'utilizzo di questo placebo è stato frequentissimo, il terzo classificato nella ricerca, ed è risultato molto efficace nell'82,4% dei casi (14 positivi su 17 totali). Il 58,8% dei casi (10 placebo) sono stati somministrati per risolvere l'insonnia, di cui il 33,3% (3 casi su 10) non ha funzionato. E' risultato efficace anche per il nervosismo (3 casi pari al 17,60%), ed i dolori generici (3 casi pari al 17,60%). Da segnalare infine 1 risultato positivo anche contro il mal di testa (5,90%).

Acqua in siringa senza ago, da somministrare sotto la lingua

Questo tipo di placebo è stato utilizzato contro il nervosismo (1 caso = 10%), il mal di pancia (1 caso = 10%), l'insonnia (2 casi = 20%) e il dolore (6 casi = 60%), ed è risultato efficace 7 volte (70%) su 10 (100%). Dei 6 casi (100%) di dolore rilevati, 2 casi (33,3%) non hanno dato buon esito, mentre nei 2 casi (100%) di insonnia trattati solo 1 ha funzionato (50%). Secondo tutti gli intervistati l'utilizzo della siringa aumenta l'efficacia del placebo (effetto psicologico), riscontro in parte verificato perché non è tra i placebo più efficaci, posizionandosi al quinto posto nella classifica di efficacia.

Tabella 1 - Risultati ricerca placebo

TIPO DI PLACEBO	FREQUENZA		EFFICACIA			
	Casi	%	SI	SI %	NO	NO %
Gtt Acqua OS (bicchiere)	17	17	14	82,4	3	17,6
Gtt Acqua Sub-linguale (siringa)	10	10	7	70	3	30
Gtt Fisiologica OS (bicchiere)	8	8	6	75	2	25
Gtt Fisiologica Sub-linguale (siringa)	16	16	10	62,5	6	37,5
Fisiologica I.M.	12	12	10	83,3	2	16,7
Fisiologica E.V.	10	10	8	80	2	20
Fisiologica + Vitamina B12 E.V.	3	3	2	66,7	1	33,3
Compresa (tipo multivitaminico) OS	19	19	16	84,2	3	15,8
Olio di vaselina (massaggio)	5	5	3	60	2	40
TOTALE	100	100	76	76	24	24

Legenda classifica dei risultati: N° rosso = N° blu = N° viola = N° nero = dal 4° in poi.

Gocce di soluzione fisiologica in bicchiere per OS

La soluzione fisiologica versata in gocce in un bicchiere con o senza aggiunta di acqua, è stata efficace 6 volte (75%) su 8 (100%), per problematiche come: nervosismo (1 caso = 12,5%), insonnia (1 caso = 12,5%) e dolori vari (6 casi = 75%). Da evidenziare che dei 6 casi di dolore trattati (100%), 2 hanno fallito (33,3%).

Soluzione fisiologica in siringa senza ago, da somministrare sotto la lingua

La soluzione fisiologica da somministrare sotto la lingua tramite siringa senza ago, è stato il terzo tipo di placebo più utilizzato nella ricerca (16 casi), ma poco efficace, infatti si è classificato penultimo nella scala di efficacia con il 62,5% di risultati positivi, pari a 10 casi risolti su 16 (100%). Utilizzata per trattamento del dolore (11 casi = 68,75%) e dell'insonnia (5 casi = 31,25%), ha fallito in 1 caso di insonnia e in 5 casi di trattamento del dolore. L'utilizzo della siringa a parere di tutti gli intervistati serviva ad aumentare l'efficacia del placebo (effetto psicologico), cosa che non si è realizzata come dimostrano i risultati appena descritti.

Soluzione fisiologica intramuscolo

La fisiologica utilizzata tramite siringa e somministrata intramuscolo, è risultato il secondo tipo di placebo più utilizzato, risultando efficace 10 (83,3%) volte su 12 casi trattati (100%) per lenire il dolore.

Fleboclisi di soluzione fisiologica endovena

La soluzione fisiologica usata tramite fleboclisi tramite endovena, è stata capace di risolvere 8 casi (80%) su 10 studiati (100%). Usata contro il malessere (1 caso = 10%), il mal di testa (3 casi = 30%) e il dolore (6 casi = 60%), non ha funzionato in 1 caso di dolore e in 1 di mal di testa.

Fleboclisi di soluzione fisiologica con fiala di vitamina B12 per colorante endovena

Questo placebo è stato il meno utilizzato nella ricerca, ed è stato impiegato esclusivamente contro il mal di testa, risultando efficace solo in 2 casi (66,7%) su 3 totali

(100%). Il motivo di utilizzo della vitamina b12 è giustificato dal fatto che questa vitamina dispensata in soluzione di color rosso, serve come colorante all'infusione da infondere, tale da dare l'idea di un farmaco per risolvere il mal di testa.

Compressa senza efficacia terapeutica del caso, tipo complesso multivitaminico

Questo tipo di placebo è risultato il più utilizzato e il più efficace nella ricerca, riuscendo a risolvere 16 casi (84,2%) su 19 trattati (100%). Le problematiche trattate sono state molto varie che vanno dall'insonnia (5 casi = 26%), al mal di gola (1 caso = 5,2%) o stomaco (1 caso = 5,2%), al nervosismo (2 casi = 10%) e infine i dolori in generale (10 casi = 53,6%). Nei casi di dolore (100% = 10 casi), 2 somministrazioni non hanno funzionato (20%). Il trattamento del nervosismo è stato efficace al 50% perché dei 2 casi studiati, solo uno ha funzionato.

Olio di vaselina (paraffina liquida) usata topicamente come crema antidolorica

Al penultimo posto nella classifica di utilizzo del tipo di placebo studiato, spunta a sorpresa l'olio di vaselina o paraffina liquida, usata in questo studio in modo alquanto particolare, ovvero come sostanza che simula una preparazione ad uso topico tipo crema antidolorifica. Dei 5 casi (100%) trattati per lenire il dolore a gambe (2 casi = 40%) o braccia (3 casi = 60%), solo 3 hanno funzionato (60%), risultando quindi il placebo meno efficace della ricerca. La preparazione di questo placebo, in tutti i casi si avvale di alcune garzine imbevute di paraffina liquida con cui massaggiare l'arto/i dolente/i.

Tra le motivazioni che hanno spinto all'utilizzo del placebo, le cause sono state: per lenire il dolore in generale (gambe, braccia, ecc), questo nel 59% del campione (59 casi), seguito dall'insonnia con il 23% (23 casi), poi a pari merito il nervosismo e il mal di testa col 7% (7% = 7 casi e 7% = 7 casi), seguito dal mal di pancia/stomaco col 2% (2 casi), ed infine con l'1%, il mal di gola e il malessere (1% = 1 caso e 1% = 1 caso, vedi grafico n°2 – Motivazioni di utilizzo del placebo).

Grafico n°1 – Placebo più utilizzato e più efficace

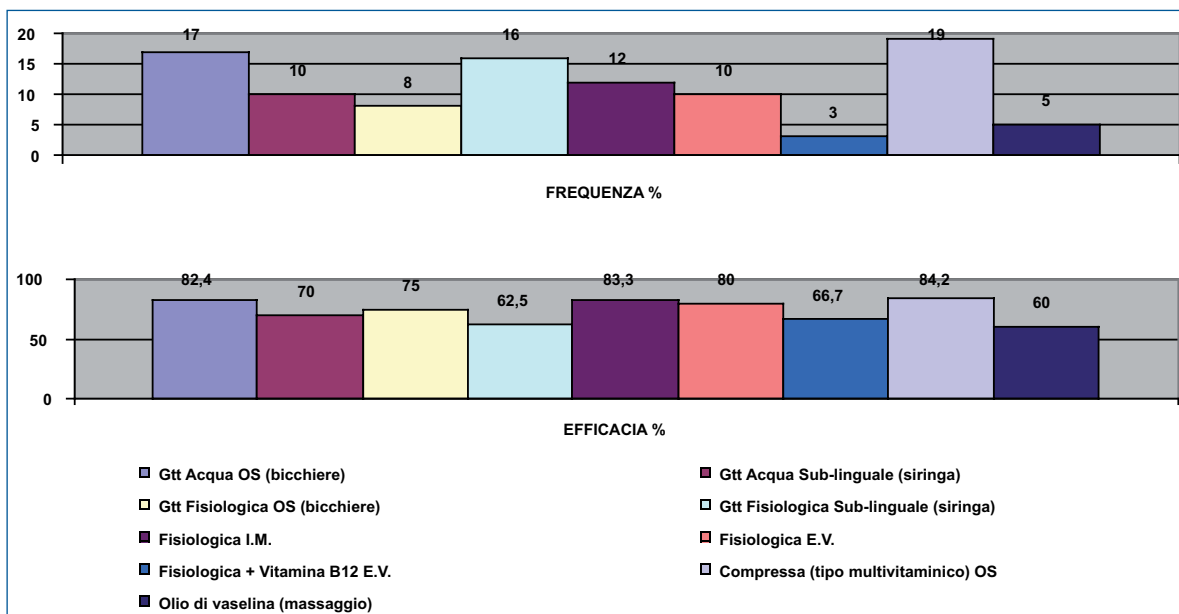
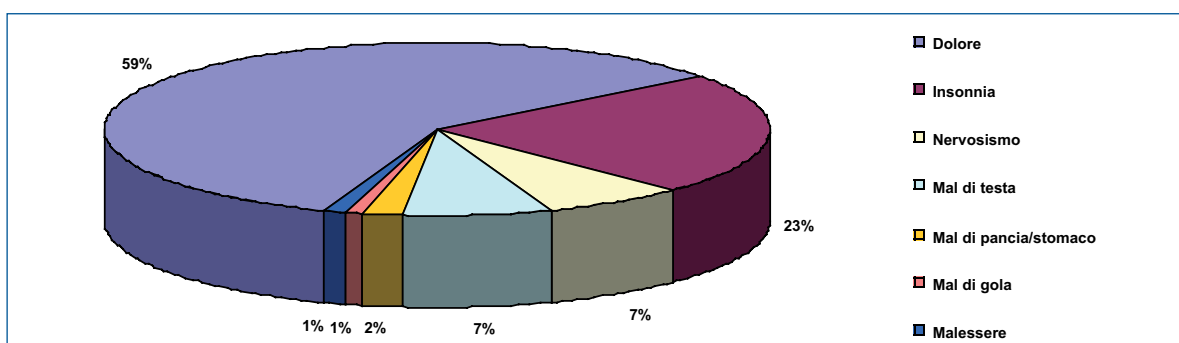


Grafico n°2 – Motivazioni di utilizzo del placebo



DISCUSSIONE

Interpretando i dati precedenti, si evidenzia come il tipo di placebo può influenzare l'efficacia del risultato. *La compresa miracolosa a cui tutti affidano le proprie speranze di guarigione anche in questa ricerca "vince" su tutto, rivelandosi il rimedio placebo più usato e più efficace (19% su 9 tipi di placebo in rassegna), capace di risolvere la necessità psicologica di terapia a tutti i costi.* Nella classifica di utilizzo del placebo seguono poi le gocce d'acqua nel bicchiere, con più o meno acqua, con il 17%, con 14 su 17 casi di somministrazione andati a buon fine. Le gocce di fisiologica somministrate con una siringa senza ago, da mettere sotto la lingua, nonostante il loro largo uso, terzo posto con 16%, si sono dimostrate uno dei meno efficaci

con il 62,5% (10 casi su 16 risolti). Il quarto placebo più usato è stata invece la fisiologica in siringa usata intramuscolo con il 12% totale di utilizzo, che è risultato il secondo tipo di placebo più efficace con l'83,3% (10 casi su 12 riusciti); fanalino di coda, l'olio di vaselina usato topicamente tramite massaggio come crema antidolorifica, con il 60% dei casi risolti (3 su 5 casi risolti).

Da segnalare infine che dallo studio è risultato un'alta percentuale di placebo nel mondo femminile, con 69 casi studiati di cui 56 a buon fine (81,2%), a dimostrazione del fatto che nelle donne c'è stata una maggiore richiesta di assistenza sanitaria che in questa ricerca si è tradotta in una somministrazione di placebo. Per quanto riguarda invece il mondo maschile, nei 31 casi analizzati, 11 placebo non hanno funzionato pari al 35,5%,

quasi il doppio rispetto alle donne (18,8%, pari a 13 casi di non efficacia). Va segnalato infine che tra le motivazioni che hanno spinto all'utilizzo del placebo, il dolore in genere col 59% (59 casi) e l'insonnia col 23% (23 casi) sono stati i motivi più menzionati.

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA E PER LA RICERCA FUTURA

In future ricerche riguardanti questo tema, consiglio in generale di aumentare il campione di studio e di effettuare uno studio "diretto" sull'efficacia terapeutica del placebo, prendendo in esame un bisogno farmacologico soggettivo di un paziente, valutandolo sempre con collaboratori sanitari (medici, ecc) ed eventualmente somministrare un placebo, per poi seguire il paziente a 360 gradi rilevando l'efficacia terapeutica dell'intervento. Suggesto inoltre di effettuare degli studi mirati "diretti" con grossi campioni inerenti l'efficacia terapeutica di uno specifico placebo, esempio solo per il placebo fisiologica endovena o intramuscolo, ecc. Per eventuali studi "indiretti" futuri una variante per la raccolta dati dagli infermieri, potrebbe essere quello di preparare uno strumento di raccolta dati cartaceo tipo questionario.

Ulteriori studi potrebbero essere fatti raccogliendo i dati solo dal personale medico e/o misto con infermieri. Per confermare se esiste una diretta correlazione tra efficacia del placebo e il sesso, sarebbe utile effettuare studi separati tra uomini e donne con grossi campioni di studio.

Da ricordare infine che prima di intraprendere qualsiasi tipo di ricerca "diretta" sperimentale inerente l'utilizzo del placebo, di attenersi rigorosamente ai principi etici dell'individuo, rispettando la persona nel suo complesso, attraverso il consenso e un'attenta valutazione del comitato etico presente nell'eventuale struttura sanitaria presso la quale si intende eseguire lo studio di ricerca sul placebo.

CONCLUSIONI

Analizzando i dati appena descritti, lo studio ci dimostra che in generale la som-

ministrazione di placebo è efficace nel 76% dei casi, con appunto 76 somministrazioni andate a buon fine. Sintetizzando ancor di più, su 4 casi di placebo, ne funzionano circa i tre quarti, ovvero 3 su 4, questo a significare che la valutazione del bisogno evidenziato dal paziente, in realtà era solo la richiesta psicologica di ricevere un farmaco in realtà non necessario. Per quanto riguarda il 24% dei casi trattati non andati a buon fine, bisogna sottolineare un'effettiva richiesta di aiuto da parte del paziente invece trascurato o sottovalutato da parte del personale sanitario. Analizzando l'efficacia del placebo rispetto al sesso, da segnalare maggiori risultati positivi nel mondo femminile con l'81,2% (56 casi su 69 totali) rispetto al 64,5% (20 casi su 31 totali) dei maschi, nei quali sembra che il placebo fallisca con probabilità quasi doppia rispetto le donne (11 su 31 casi negativi nei maschi pari al 35,5% rispetto i 13 su 69 casi negativi delle donne equivalente al 18,8%).

Infine va evidenziato che il dolore col 59% (59 casi) e l'insonnia col 23% (23 casi) sono stati i motivi principali che hanno spinto all'utilizzo del placebo.

L'eticità del placebo sarebbe accettata dall'opinione sanitaria se ci fosse un metodo scientifico sicuro e capace di evidenziare i casi risolvibili con un placebo, tuttavia la mancanza di un metodo preciso, fa sì che il ricorso al placebo sia ai limiti dell'etica sanitaria, a cui ricorre il personale sanitario a proprio rischio e pericolo.

AUTORE

*Infermiere Massimo Giordani
U.O. Riabilitazione Neuromotoria – IRCCS
San Raffaele, Pisana – Roma*

bibliografia

1. Catania S. La mente, il cancro, il misterioso effetto placebo e le guarigioni inspiegabili. [3 schermate]. Disponibile presso: URL:http://www.senosalvo.com/placebo_1.htm. Accesso il 25 Luglio 2007.
2. Collegio IPASVI, Codice Deontologico degli Infermieri.
3. Il placebo. Neu 1996; 4.
4. Juchli L. L'assistenza infermieristica di base. 3a ed. Firenze: Rosini Editrice; Marzo 1994. p. 515.

Progetto per l'inserimento di una scala per la valutazione del dolore all'interno di un'unità operativa di medicina generale

di Andrea Fidanza*, Adriano Fiorini**, Mario Rinaldi***

PREMESSA

Nel corso degli anni '90, anche in seguito all'interesse suscitato da numerosi studi scientifici inerenti la relazione tra cancro e dolore, l'Organizzazione Mondiale della Salute (O.M.S.), pubblicò le linee guida per la gestione del dolore, alle quali si devono la diffusione del concetto di gestione del dolore e l'evoluzione delle così dette cure palliative.

Ogni anno, il 10% della popolazione mondiale muore di cancro. In media, circa il 75% dei pazienti affetti da tumore allo stato avanzato hanno dolore, tuttavia, una gran parte di essi, non ricevono un'assistenza adeguata per tale problema, benché il 90% di questi sintomi, sarebbero controllabili con iniziative cliniche non particolarmente complesse. Il dolore da cancro, può essere determinato da diversi fattori:

1. progressione tumorale e patologie associate;
2. interventi chirurgici e manovre invasive;
3. tossicità associata a chemioterapia e radioterapia;
4. infezioni;
5. fastidi muscolari per riduzione dell'attività fisica

Tra gli interventi che caratterizzano l'assistenza al paziente affetto da cancro, assumono particolare significato ed importanza, quelli che mirano a controllare e ridurre le manifestazioni del dolore.

In presenza di dolore persistente, nel paziente oncologico, possono far seguito

la riduzione:

- a) dell'appetito
- b) del sonno
- c) della capacità di svolgere le normali attività di vita quotidiana

In presenza di queste condizioni, nel soggetto, può far seguito uno stato debilitativo che, nei casi più gravi, può richiedere interventi clinico – assistenziali urgenti.

Gli effetti psicologici che si associano a tale condizione morbosa, sono nel complesso devastanti. Basti pensare che molti pazienti, reagiscono alla cronicizzazione del dolore, con rifiuto delle cure, e talvolta, con tentativi di suicidio.

Come alcuni studi hanno dimostrato, la gestione del dolore può garantire al paziente oncologico, una migliore convivenza con la proprie abitudini di vita, ed una maggiore integrità delle proprie relazioni affettive e sociali.

In altri termini, gli interventi attuati per la prevenzione e la riduzione del dolore da cancro, non assumono valore solamente sul piano clinico, ma piuttosto vanno riconsiderati alla luce dell'impatto favorevole che essi determinano, nell'innalzamento della qualità di vita del malato oncologico.

Secondo quanto descritto dalla letteratura scientifica di riferimento, la gestione ottimale del dolore, è ottenibile attraverso cinque *step* fondamentali:

- A. Chiedere regolarmente al paziente di descrivere il dolore
- B. Credere al paziente circa il dolore riferito
- C. Personalizzare gli interventi per la

gestione del dolore in base al soggetto
D. Eseguire gli interventi secondo una sequenza logica

E. Istruire il paziente in merito alle procedure seguite

Condizione indispensabile per la messa in atto degli interventi fino a qui descritti, è l'impiego di una scala per la valutazione del dolore, strumento fondamentale per indirizzare e modulare gli interventi clinici ed assistenziali del caso.

All'interno delle nostre Aziende Ospedaliere, pur essendo presenti unità operative specializzate nel trattamento del paziente oncologico dal punto di vista medico, non è infrequente che il ricovero di questi pazienti avvenga anche presso servizi di medicina generale. Pertanto, allo scopo di migliorare sul piano qualitativo l'assistenza erogata al paziente oncologico, si propone un progetto per l'introduzione in via sperimentale, presso l'Unità Operativa Medicina Interna, della scala per la valutazione del dolore da cancro denominata: scala verbale semplice (SVS).

La scala verbale semplice (SVS)

La scala verbale semplice, scelta per l'introduzione nell'unità operativa succitata, rientra nelle così dette scale unidimensionali. Come rappresentato di seguito, essa può essere costituita da diverse aste, ognuna delle quali identifica una determinata gradazione di dolore.

Tale sistema di rappresentazione del dolore, permette al paziente di comunicare all'operatore, il proprio grado di sofferenza, e dunque aiutare lo stesso nel processo decisionale che sostiene eventuali scelte di tipo terapeutico ed assistenziale in genere. L'efficacia di questo modello di rilevazione del dolore, è altresì legato, alla presenza di più livelli di intensità.

Alla presentazione della scala al pazien-

te, è necessario chiedere: "Qual'è l'intensità del dolore che sta provando?"

INTRODUZIONE

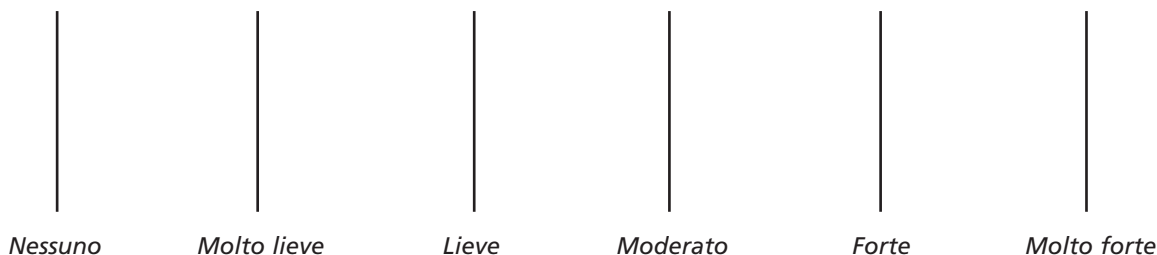
Gli obiettivi che si intendono perseguire, anche alla luce delle indicazioni della letteratura scientifica, consistono nell'esecuzione di un piano formativo per le figure infermieristiche operanti presso la U.O. Quest'ultimo, sarà finalizzato all'introduzione della scala per la valutazione del dolore SVS, nella pratica infermieristica quotidiana, allo scopo di determinare in tal modo, una migliore gestione del dolore nei pazienti affetti da cancro.

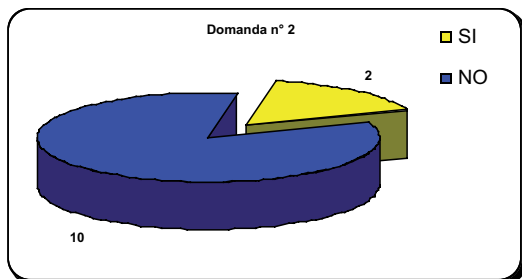
ESIGENZE AFFRONTATE NEL PROGETTO

Con il fine di completare un'efficace analisi conoscitiva circa il grado di conoscenze professionali in possesso del gruppo infermieristico considerato, in merito all'assistenza del paziente oncologico, e nello specifico, per ciò che riguarda le scale di valutazione del dolore, e dunque individuare le diverse esigenze che sarà necessario affrontare nella realizzazione del progetto, si è proceduto nella somministrazione a tutti gli infermieri dell'U.O., di un questionario (vedi Allegato 1).

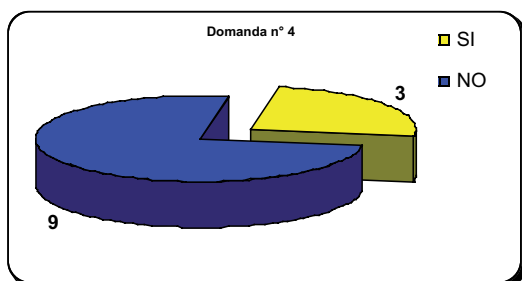
Risultati del questionario

Il questionario somministrato alle dodici unità dell'équipe infermieristica dell'U.O. succitata, si compone complessivamente di undici domande. Gli obiettivi legati alla somministrazione del questionario erano: a) stabilire il grado di conoscenza del gruppo infermieristico, in merito all'assistenza del paziente oncologico; b) stabilire il grado di conoscenze teoriche, rispetto le scale di valutazione del dolore; c) valutare l'eventuale interesse e disponibilità dell'équipe infermieristica, nei riguardi del progetto.

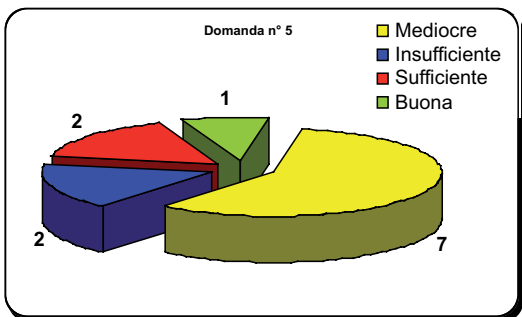




In merito ad eventuali precedenti esperienze lavorative presso servizi di oncologia o terapia del dolore (**domanda 2**), soltanto due persone hanno risposto positivamente, mentre la maggior parte degli infermieri (10), non hanno mai avuto esperienze lavorative nel settore.

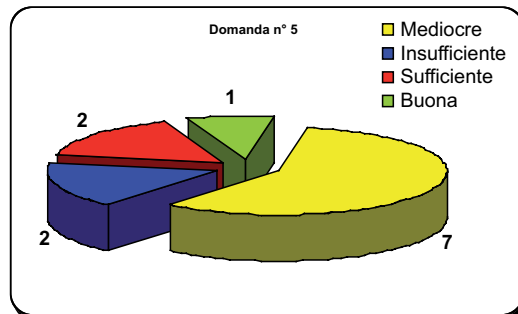


Per quel che riguarda l'eventuale frequentazione di corsi di aggiornamento e/o formazione in ambito oncologico (**domanda 4**), o nelle cure palliative, soltanto tre infermieri hanno risposto con un sì, a fronte dei nove infermieri che hanno risposto negativamente.

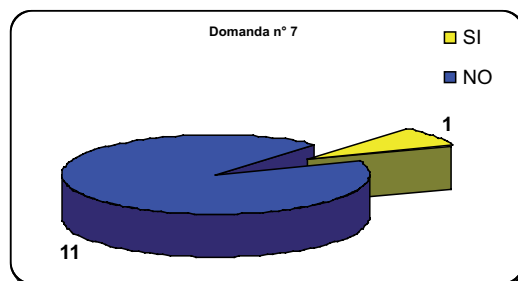


Nella **domanda 5**, si è chiesto agli infermieri, di autovalutare la propria preparazione in ambito oncologico. Solo tre persone hanno ritenuto la propria preparazione in questo settore sufficiente o buona. La maggior parte (9 infermieri), definisce la stessa insufficiente o mediocre.

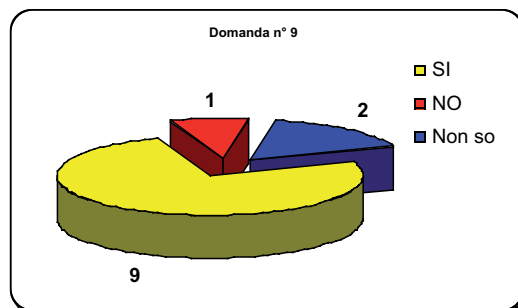
Per ciò che riguarda la conoscenza del gruppo, circa l'esistenza delle scale per la



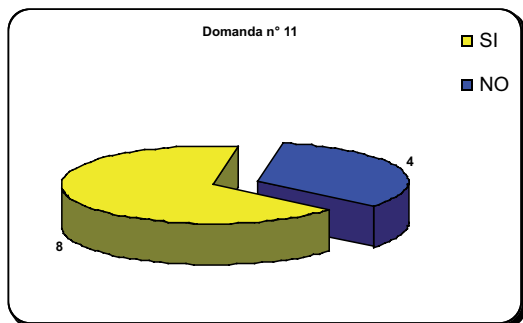
valutazione del dolore (**domanda 6**), cinque persone hanno dichiarato di conoscerle, mentre sette rispondono di non conoscerne.



Piuttosto interessanti, ai fini della realizzazione del progetto, le risposte fornite nella **domanda 7**. A fronte degli undici infermieri che dichiarano di non aver mai utilizzato una scala per la valutazione del dolore, soltanto una unità afferma di averla utilizzata



Alla **domanda 8**, tutti gli infermieri confermano che nessuna scala per la valutazione del dolore è attualmente in uso presso il reparto. Tuttavia, in merito alla possibilità che tale strumento possa venire impiegato (**domanda 9**), una larga maggioranza (9 I.P.), ha dichiarato che l'iniziativa può determinare miglioramenti nell'assistenza dei pazienti oncologici. Residuale il numero di persone con idea diversa, o senza una risposta precisa. Alla **domanda 10**, tutti gli infermieri si sono detti dis-



ponibili ad intraprendere un percorso formativo finalizzato all'introduzione di una scala per la valutazione del dolore all'interno del proprio reparto, in alcuni casi (4 su 12), come evidenziato dalla **domanda 11**, tale disponibilità viene confermata in maniera indipendente, dalla possibilità di ottenere crediti E.C.M..

Analisi dei risultati

Il questionario proposto al gruppo infermieristico, pur nella sua semplicità, ha evidenziato:

- a) scarsa esperienza dell'équipe infermieristica nell'ambito dell'assistenza al paziente oncologico
- b) carenze conoscitive in materia di cure palliative.

E' tuttavia presente:

- a) una consistente sensibilità al problema;
- b) sufficiente disponibilità ad aderire al progetto;
- c) basso grado di resistenza al cambiamento.

Sulla base di queste considerazioni, si procede nella definizione degli obiettivi generali e specifici che si intende perseguire attraverso la realizzazione del progetto presentato.

OBIETTIVI GENERALI

- A. Aumentare le conoscenze dell'équipe infermieristica dell'U.O., sia nell'ambito dell'assistenza al paziente oncologico, sia in materia di cure palliative.
- B. Realizzare l'impiego sistematico della scala per la valutazione del dolore SVS, per i pazienti oncologici.
- C. Migliorare il grado di soddisfazione dei pazienti oncologici, specificatamente per la gestione del dolore.

OBIETTIVI SPECIFICI E RISULTATI ATTESI

- A. Al termine del progetto formativo, almeno l'80% del personale infermieristico, risponderà correttamente almeno al 75% delle domande sottoposte nel test finale.
- B. A distanza di due mesi dall'introduzione della SVS, almeno per il 75% dei pazienti affetti da tumore, gli infermieri compilano la scheda per la rilevazione del dolore.
- C. A distanza di due mesi dall'introduzione della SVS, almeno il 75% dei pazienti, dichiarerà sufficienti le cure ricevute per la gestione del dolore.

RIEPILOGO RISORSE NECESSARIE

72 ore di servizio retribuite in regime di straordinario al personale infermieristico, per permettere la partecipazione alle giornate dedicate al piano formativo.

PUNTI DI FORZA

- Periodo di realizzazione breve
- Ottimo livello di disponibilità degli operatori
- Ottimo di livello delle evidenze scientifiche sull'argomento
- Costo di realizzazione basso

PUNTI DI DEBOLEZZA

- Bassa competenza iniziale del personale infermieristico coinvolto

RISORSE COINVOLTE

- 1 Coordinatore infermieristico
- 12 Infermieri professionali
- 1 Medico del Servizio terapia del dolore

UTENTI CHE BENEFICIANO DEL RISULTATO

Tutti i pazienti oncologici affetti da tumore, in degenza presso la 5° Medicina interna sezione uomini, interessati da sindrome dolorosa.

SISTEMI PER LA VERIFICA E VALUTAZIONE DEI RISULTATI

In base al termine prefissato in sede di pianificazione, il coordinatore infermieristico dell'U.O., e due infermieri nominati dal gruppo, verificano le schede utilizzate per la raccolta dati (allegato 2). In que-

FASI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Fase	Data d'inizio	Obiettivo	Resp.le	Risorse	Data termine	Indicatore
Presentazione progetto	1/4/2007	Fornire al gruppo inf.co ampi chiarimenti sulle fasi del progetto	Resp.le Inf.co Coord. Inf.co	Sala riunioni	6/4/2007	Almeno 80% I.P. Ritiro schema
Formazione Personale	15/4/2007	Fornire informazioni utili per accrescere le competenze dell'équipe infermieristica	Medico TdD* Coord. Inf.co	Sala riunioni	20/4/2007	Almeno 80% I.P. raggiungono L.A.P. 75%
Preparazione introduzione della scala SVS	25/4/2007	Il gruppo inf.co individua le modalità per l'introduzione della scala SVS	Coord. Inf.co 2 II.PP.	Sala riunioni	30/4/2007	Definizione data d'introduzione della scala SVS
Inizio utilizzo della scala SVS	5/5/2007	L'équipe inizia ad utilizzare sistematicamente per i pz. oncologici la scala SVS	Coord. Inf.co 1 I.P. per turno	Moduli raccolta dati	5/7/2007	Utilizzo del modulo per raccolta dati
Prima verifica raggiungimento obiettivi	5/7/2007	Verificare l'eventuale raggiungimento degli obiettivi preposti	Coord. Inf.co 2 II.PP.	Moduli raccolta dati	5/7/2007	(Vedi obiettivi specifici)
Discussione post-verifica	7/7/2007	Valutare i risultati ottenuti e formulare proposte di miglioramento	Coord. Inf.co	Sala riunioni	7/7/2007	Compilazione verbale
Seconda verifica raggiungimento obiettivi	30/9/2007	Rivalutare i risultati raggiunti	Coord. Inf.co	Sala riunioni	30/9/2007	Raggiungimento obiettivi

sta circostanza, si valuta il raggiungimento degli obiettivi specifici predeterminati, o l'eventuale grado di scostamento dagli stessi.

AUTORI

* Infermiere, Dottore in lettere:

AO S. Camillo Forlanini

** Infermiere Coordinatore:

AO S. Camillo Forlanini

***Infermiere Coordinatore

A.O. S. Camillo Forlanini

bibliografia

- Stjernsward J, Teoh N. The scope of the cancer pain problem. In: Foley KM, Bonica JJ, Ventafridda V, editors. Proceedings of the Second International Congress on Cancer Pain; 1988; Rye, NY. Vol. 16. Advances in pain research and therapy. New York: Raven Press, Ltd.; 1990.p. 7-12.
- Bonica JJ. Cancer pain. In: Bonica JJ, editor. The management of pain. 2nd ed. Vol. 1. Philadelphia: Lea and Febiger; 1990.p.400-60.
- Goisis A, Gorini M, Ratti R, Luliri P. Application of a WHO protocol on medical therapy for oncologic pain in an internal medicine hospi-

tal. *Tumori* 1989;75:470-2

- Foley KM. Pain syndromes in patients with cancer. In: Bonica JJ, Ventafridda V, editors. *International Symposium on Pain of Advanced Cancer*; 1978; Venice. Vol. 2. *Advances in pain research and therapy*. New York: Raven Press, Ltd.; 1979.p. 59-75
- Ferrell BR, Rhiner M, Cohen MZ, Grant M. Pain as a metaphor for illness. Part I: Impact of cancer pain on family caregivers. *Oncol Nurs Forum* 1991;18(8):1303-9.

6 Fonte: Dati S.I.O., Azienda Osp. S. Camillo – Forlanini (Roma), 2° semestre 2005 – 2006.

QUESTIONARIO PER L'INTRODUZIONE DI UNA SCALA PER LA VALUTAZIONE DEL DOLORE

1. Da quanti anni presti servizio presso questa unità operativa?
2. Hai mai lavorato presso servizi di oncologia (ambulatori, reparti o altro)? ☐ SI ☐ NO
3. Se sì, per quanto tempo?
4. Hai mai seguito corsi di formazione o aggiornamento in oncologia? ☐ SI ☐ NO
5. Che valutazione dai alle tue conoscenze professionali in ambito oncologico?
☐ Mediocri ☐ Insufficienti ☐ Sufficienti ☐ Buone
6. Hai mai sentito parlare di scale per la valutazione del dolore? ☐ SI ☐ NO
7. Se sì, ne hai mai utilizzata una? ☐ SI ☐ NO
8. Nella tua U.O. sono in uso scale per la valutazione del dolore? ☐ SI ☐ NO

Numerose ricerche scientifiche, hanno dimostrato che l'impiego di scale per valutare il dolore percepito dai pazienti (tra questi i pazienti oncologici), consente di migliorare la gestione di tale fenomeno, e conseguentemente la qualità di vita delle persone con tale problema.

9. Sulla base della tua esperienza professionale, credi che l'utilizzo di questo strumento, possa determinare un miglioramento qualitativo dell'assistenza infermieristica erogata nel tuo reparto?
☐ SI ☐ NO

Perché?.....

10. Sei favorevole ad intraprendere un percorso formativo per l'introduzione nel tuo reparto di una scala per la valutazione del dolore? ☐ SI ☐ NO
11. Se il percorso formativo prevedesse la possibilità di percepire crediti E.C.M., il tuo interesse rispetto al progetto sarebbe: ☐ Maggiore ☐ Uguale

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE

Durante la degenza, ha ricevuto informazioni da parte del personale infermieristico, in merito all'impiego di una scala per la valutazione del dolore?

☐ SI ☐ NO ☐ Non ricordo

Se sì, crede siano state sufficientemente comprensibili?

☐ SI ☐ NO ☐ Non so

Nelle occasioni in cui ha avvertito dolore, le è stata proposta la compilazione della scheda per la rilevazione del dolore?

☐ Mai ☐ Sì, qualche volta ☐ Sì, sempre ☐ Non ricordo

Ritiene sufficienti le cure ricevute per la gestione del dolore?

☐ SI ☐ NO ☐ Non so

Quali suggerimenti darebbe all'équipe medica ed infermieristica, per migliorare la gestione del dolore?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

N.B. La preghiamo di restituire il seguente modulo, ad uno qualsiasi degli operatori del reparto

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE

Ruolo dell'infermiere nella gestione della recovery room

di Michele Sacco

La terminologia usata per definire le aree della sorveglianza postoperatoria è cambiata nell'arco degli anni e varia nei differenti paesi. I termini più usati sono: *recovery room* (RR); *postanesthesia care unit* (PACU); *sala di risveglio postoperatorio* (SRP) e *terapia intensiva postoperatoria* (TIPO).

La prima recovery room venne aperta alla *Newcastle Infirmary* (1801). Nel 1863 Florence Nightingale descrive una "stanza" in cui seguire il risveglio del paziente chirurgico. Negli Stati Uniti la prima recovery room è stata aperta al *Massachusetts General Hospital* di Boston nel 1863. In Europa, le sale di risveglio cominciano ad apparire soltanto negli anni Quaranta. La sala di risveglio la possiamo definire come *un'area nella quale vengono ammessi i pazienti provenienti dalla sala operatoria e dove rimangono fino al recupero della coscienza e alla stabilizzazione della funzione ventilatoria e circolatoria*.

OBIETTIVI

Gli obiettivi della recovery room sono:

- assistenza fino all'esaurimento dell'effetto farmacologico degli anestetici generali;
- controllo fino a stabilizzazione dei parametri vitali (circolazione e ventilazione) e della temperatura corporea;
- controllo del bilancio idroelettrolitico;
- analgesia postoperatoria;
- verifica del completo recupero dell'attività motoria in caso di anestesia regionale;

- assistenza intensiva in caso di complicazioni acute.

La sorveglianza e l'assistenza al paziente presente nella recovery room devono essere assicurate da infermieri esperti. Questi devono essere in grado di riconoscere tempestivamente le modificazioni pericolose delle funzioni vitali e fornire l'assistenza opportuna sino all'arrivo del medico anestesista. È fondamentale che l'infermiere della recovery room abbia una buona conoscenza dei protocolli in uso.

Il rapporto infermiere/paziente è di solito di 1:3, ma nei casi complessi questo rapporto può salire a 1:2 o anche 1:1.

RUOLO DELL'INFERMIERE

Il ruolo dell'infermiere nella gestione della recovery room implica conoscenze e interventi sui seguenti punti:

- conoscenza dell'anamnesi del paziente e delle eventuali problematiche inerenti il decorso intraoperatorio;
- posizionamento del paziente sul letto;
- valutazione e registrazione dei parametri vitali all'accoglimento (stato di coscienza, pervietà delle vie aeree, frequenza respiratoria, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione di O₂, PCO₂ in caso di di paziente ventilato meccanicamente, temperatura corporea);
- monitoraggio strumentale del paziente (a intervalli prestabiliti);
- controllo clinico (stato delle pupille, della cute, della circolazione periferica, del tono muscolare, delle ferite chirurgiche).

giche, delle medicazioni, dei drenaggi, ecc.);

- assistenza al paziente in ventilazione artificiale meccanica;
- somministrazione della fluidoterapia e dei farmaci prescritti dal medico;
- esecuzione dei prelievi di sangue e di altri esami;
- valutazione dell'efficacia dell'analgesia;
- supporto psicologico del paziente;
- preparazione del paziente al trasferimento;
- compilazione degli schemi a punteggio riguardanti le condizioni del paziente;
- informazione del medico responsabile sull'evoluzione clinica.

TRASPORTO DEL PAZIENTE

Un ruolo essenziale per garantire la stabilità delle funzioni vitali è il corretto trasferimento del paziente dalla sala operatoria alla recovery room. Nel corso del trasporto il paziente deve essere:

- accompagnato dal medico anestesista e dall'infermiere;
- monitorato con ECG e pulsossimetro;
- sottoposto a ossigenoterapia;
- protetto dal punto di vista termico (telini termici e/o coperte);
- trasferito dalla barella al letto con l'ausilio di un mobilizzatore. L'uso del mobilizzatore riduce gli effetti emodinamici degli spostamenti del paziente appena operato, spesso instabile dal punto di vista neurovegetativo.

CRITERI DI DIMISSIONE DEL PAZIENTE

Al momento della dimissione del paziente dalla recovery room può essere trasferito al reparto chirurgico di appartenenza, a una unità di ricovero breve (day-hospital), a una unità di terapia intensiva; oppure può essere dimesso dall'ospedale.

I requisiti necessari per consentire la dimissione dalla recovery room sono:

- paziente cosciente;
- parametri cardiocircolatori stabili;
- assenza di depressione respiratoria;
- assenza di sanguinamento in corso;
- assenza di nausea e vomito;
- buona analgesia;
- recupero completo dell'attività motoria (in caso di anestesia loco-regionale).

Per quanto riguarda l'annotazione dei dati riguardanti la sorveglianza postoperatoria del paziente, nella realtà italiana non è prevista una cartella clinica specifica per la recovery room, il documento elaborato dal gruppo SIAARTI consiglia di annotare i dati sulla cartella d'anestesia o su quella generica del paziente. Ecco un esempio di come potrebbe essere impostata una scheda per il monitoraggio nella recovery room.

AUTORE

Inf. Michele Sacco

Ospedale Belcolle Viterbo

U.O. Anestesia e Rianimazione

bibliografia

Monza G., Mantovani R., Perelli Ercolini M. La cartella clinica ospedaliera – Ed. Healthcommunication, 2005; 7(1-3): 50-52.

Gruppo di studio SIAARTI per la Sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva – Raccomandazioni per la corretta compilazione della Scheda Anestesiologica Perioperatoria.

Atti congressuali online XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Terapia Intensiva S.I.T.I. dal corso "Anestesia & Rianimazione" – ANESTIT: Esia-Italia vol. 8 n° 09 Settembre 2003.

Martini M. Strumenti per la gestione del rischio clinico – Leadership Medica 24, 3, 2005.

Leykin Y., Costa N., Gullo A. Recovery Room: aspetti clinici e organizzativi – Min Anestesiologia 2001; 67(7-8): 539-554

Romano E. Anestesia generale e clinica. UTET 2005; 69: 1148-1157.

Palmieri L., Mucci A. M. La cartella clinica: Aspetti medico-legali e responsabilità professionale – Liviana-Padova 1990

Zuck D. Anaesthetic and postoperative recovery rooms. Some notes on their early history. Anaesthesia 1995; 50: 435-438

Eltringham R., Casey W., Durkey M. Postoperative recovery and pain relief. Springer, London, 1998

Greif R. Supplemental oxygen reduces the incidence of postoperative nausea and vomiting. Anesthesiology 1999; 92: 1246-1252

Brown MR., Brown EM. Comprehensive postanesthesia care. Williams & Wilkins, Philadelphia, 1997

Crossley AW. Peri-operative shivering. Anaesthesia 1992; 47: 193-195

Hatfield A., Tronson M. The complete recovery room book. Oxford University Press, Oxford,

SCHEDA PER IL MONITORAGGIO NELLA RECOVERY ROOM

Cognome		M	Diagnosi	
Nome		F	Intervento	
Data di Nascita	Peso	U.O.	☐ Elezione	☐ Urgenza ☐ Emergenza
Età	Altezza	N° nosologico	☐ Ordinario	☐ Day Surgery ☐ Prericovero

MONITORAGGIO	Ingresso	15	30	45	60
Ventilazione (S=Spontanea/ A=Assistita/ C=Controllata)					
FR					
PA / FC					
Diuresi					
Drenaggio A / B / C					
Valutazione Analgesia – Analogo Verbale (1 – 10)					
Bromage Score					
Complicanze (N=nausea, V=vomito, B=brivido, A=altro)					
SCORE DI ALDRETE	Ingresso	15	30	45	60
Coscienza (0=Non risvegliabile – 1=Risvegliab. – 2=Sveglio)					
Respiratorio (0=Apnea; 1=Dispnea; 2=Respira e tossisce)					
SaO2 (0=<92% in O2; 1=>92% in O2; 2=>92% in aria amb.)					
PAS (0= ± 50 mmHg; 1= ± 20 – 50 mmHg; 2= ± 20 mmHg)					
Attività motoria (0= Assente; 1= 2 arti; 2= 4 arti)					
Totale					

INDICAZIONI PER IL REPARTO

CONTROLLI	ULTERIORI ISTRUZIONI	CONSULENZE - ESAMI
☐ PA ☐ DTX		
☐ FC ☐ CVC		
☐ FR ☐ Cat. Arterioso		
☐ Diuresi ☐ Cat. Vescicale		
☐ PVC ☐ Drenaggi		

INFUSIONI (prime 24 ore postoperatorie) TERAPIA ANTALGICA (prime... ore postoperatorie)

TRASFERIMENTO: ☐ U.O. di provenienza ☐ UTI

Data e ora

Firma Anestesista

Firma Infermiere



Le riviste scientifiche italiane di scienze infermieristiche online.

In questo numero mettiamo in rassegna tutte le riviste scientifiche infermieristiche italiane, raggiungibili attraverso un sito web, a vario titolo, con un breve commento sui servizi offerti online. Elenco in ordine alfabetico.

Assistenza Infermieristica e Ricerca:

<http://www.air-online.it> "è una rivista scientifica che si propone l'obiettivo di promuovere e sviluppare il confronto sulle conoscenze che hanno un impatto sulla pratica, sulla formazione e sulla direzione dell'assistenza infermieristica". Disponibili online gli indici della rivista, e alcuni articoli completi a carattere gratuito. Molto comode le funzioni di ricerca interne per *titolo*, *autore* o *parole chiave*. Rivista indicizzata su Medline e Cinahl.

Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche (GISI):

<http://www.ipasvi.it/pubblicazioni/content.asp?ID=51> nuova proposta editoriale della Federazione nazionale Collegi Ipasvi, si propone come offerta per "quadri intermedi e i dirigenti infermieristici di area organizzativa, per i docenti e i tutor impegnati nella formazione e per tutti coloro che hanno voglia di avventurarsi in una lettura importante, forse difficile, ma che darà il senso di quello che è il costrutto disciplinare dell'Infermieristica". Disponibili online le notizie editoriali e gli indici (in formato PDF)

International nursing Perspectives:

<http://www.unicampus.it/agora/editoria>
Edita dall'Università campus biomedico,

rivista quadrimestrale in collaborazione con l'Università di Toronto. Nessun servizio web offerto e disponibile. Solamente informazioni editoriali.

Management Infermieristico:

http://www.lauriedizioni.com/lauri/p_periodico.asp?Id=6 "Periodico rivolto a tutti gli infermieri con funzioni di gestione e coordinamento. Riporta esperienze, opinioni e documenti". Presenti online l'archivio storico della rivista dal 1999 al 2007, con alcuni full-text gratuiti disponibili. Il resto della rivista è anche disponibile online in formato PDF, previo abbonamento.

Nursing Oggi:

http://www.lauriedizioni.com/lauri/p_periodico.asp?Id=7 "Trimestrale di cultura infermieristica. Riporta ricerche, esperienze ed opinioni inerenti all'assistenza infermieristica ed al ruolo dell'infermiere. Rivolto a tutti gli infermieri ospedalieri". Stesso discorso detto per la precedente rivista sui servizi offerti.

Professioni Infermieristiche:

<http://profinf.net> "organo di stampa della Consociazione Nazionale Associazioni Infermiere/i" ha attuato una politica di fruibilità degli indici e degli abstract gratuitamente per tutta la rivista e l'archivio storico. In abbonamento, invece, se si desiderano i full-text. Comode le funzioni di ricerca interna.

A cura di Fabrizio Tallarita

Webmaster del Collegio IPASVI di Roma
webmaster@ipasvi.roma.it

l'inserto

3^a Conferenza

FEPI

CAVTAT (Croazia)

25-28 settembre 2007



3a Conferenza FEPI CAVTAT (Croazia) 25-28 settembre 2007

Il cittadino prima di tutto: la regolamentazione infermieristica in Europa

di Alessandro Stievano, Matilde Napolano, Ausilia Pulimeno

La terza conferenza annuale della Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche (Fepi) si è tenuta a Cavtat in Croazia. Dopo i saluti ufficiali, con il discorso introduttivo di Dragica Simunec (Presidente della Federazione Infermieristica Croata) che ha presentato il Ministro della Salute Croato e altri politici, e il caloroso benvenuto della Presidente Loredana Sasso ha preso la parola Anne Carrigy, Vicepresidente Fepi, che ha moderato i lavori della prima giornata.

Il primo intervento è stato di John Ferguson vice presidente del Cephis: l'associazione per le professioni liberali a livello europeo. Mr. Ferguson ha analiz-

zato alcuni documenti fondamentali della legislazione europea tra cui La Carta dei Diritti Fondamentali, che rappresenta il primo "mattone" della costituzione europea, ed è il principale punto di riferimento dei diritti per i cittadini a livello continentale. Essa afferma una serie di diritti universali, disponibili per gli organi dell'Unione e gli stati membri ai quali si applica e per i singoli che ne godono. Questi diritti trascendono l'appartenenza nazionale e non sono quindi discriminati da criteri di cittadinanza, ma riguardano la persona umana come tale. Essi esistono anche quando le leggi nazionali non prevedono la loro tutela: la loro sola enunciazione

generale è sufficiente per legittimare ciascuno a reclamarne la traduzione in concrete procedure e garanzie positive.

Secondo l'articolo 51, infatti, le leggi nazionali devono conformarsi alla Carta di Nizza, ma questo non scavalca le costituzioni nazionali, le quali saranno applicate quando garantiscono un più alto livello di protezione (art. 53). In conclusione, i singoli diritti stabiliti nella Carta di Nizza del 2000 devono essere interpretati estensivamente, cosicché il richiamo ai correlati principi generali possa coprire gli eventuali vuoti nelle singole previsioni.



Foto 1: La Presidente della Fepi Dott.ssa Loredana Sasso e la Presidente dell'Ordine Infermieristico Croato Dragica Simunec.

L'articolo 35 della Carta di Nizza stabilisce un diritto alla salute come *"diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali"*. L'articolo 35, inoltre, stabilisce che l'Unione deve garantire *"un alto livello di protezione della salute umana"*, intendendo la salute come un bene sia individuale che sociale, ma anche come insieme dei servizi sanitari. Questa formula costituisce un criterio direttivo per i governi nazionali: non fermarsi alle soglie di *"standard minimi garantiti"*, ma, nella diversità di capacità di prestazioni tra i vari sistemi, livellare in alto. In aggiunta all'articolo 35, la Carta dei Diritti Fondamentali contiene molte disposizioni che si riferiscono direttamente o indirettamente ai diritti dei malati, e che è pertanto utile richiamare: la inviolabilità della dignità umana (articolo 1) e il diritto alla vita (articolo 2); il diritto alla integrità della persona (art. 3); il diritto alla sicurezza (art. 6); il diritto alla protezione dei dati personali (art. 8); il diritto alla non discriminazione (art. 21); il diritto alla diversità culturale, religiosa e linguistica (art. 22); i diritti dei bambini (art. 24); i diritti degli anziani (art. 25); il diritto a condizioni di lavoro giuste ed eque (art. 31); il diritto alla sicurezza sociale e all'assistenza sociale (art. 34); il diritto alla protezione dell'ambiente (art. 37); il diritto alla protezione dei consumatori (art. 38); la libertà di movimento e residenza (art. 45).

Inoltre Mr. Ferguson ha enunciato i 14 diritti del paziente come stabiliti da *active citizenship network* nella Carta europea dei Diritti del Malato presentata a Bruxelles il 15 novembre 2002 che affermano il:

1. Diritto a misure preventive

Ogni individuo ha diritto a servizi appropriati a prevenire la malattia.

2. Diritto all'accesso

Ogni individuo ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. I servizi sanitari devono garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio.

3. Diritto alla informazione

Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutti i tipi di informazione che riguardano il suo stato di salute e i servizi sanitari e come utilizzarli, nonché a tutti quelli che la ricerca scientifica e la innovazione tecnologica rendono disponibili.

4. Diritto al consenso

Ogni individuo ha il diritto ad accedere a tutte le informazioni che lo possono mettere in grado di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute. Queste informazioni sono un prerequisito per ogni procedura e trattamento, ivi compresa la partecipazione alla ricerca scientifica.

5. Diritto alla libera scelta

Ogni individuo ha il diritto di scegliere liberamente tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari sulla base di adeguate informazioni.

6. Diritto alla privacy e alla confidenzialità

Ogni individuo ha il diritto alla confidenzialità delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche o terapeutiche, così come ha diritto alla protezione della sua privacy durante l'attuazione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medico-chirurgici in generale.

7. Diritto al rispetto del tempo dei pazienti

Ogni individuo ha diritto a ricevere i necessari trattamenti sanitari in un periodo di tempo veloce e predeterminato. Questo diritto si applica a ogni fase del trattamento.

8. Diritto al rispetto di standard di qualità

Ogni individuo ha il diritto di accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base della definizione e del rispetto di precisi standard.

9. Diritto alla sicurezza

Ogni individuo ha il diritto di non incorrere in danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari, dalla malpractice e dagli errori medici, ed ha il

diritto di accesso a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza.

10. Diritto alla innovazione

Ogni individuo ha il diritto all'accesso a procedure innovative, incluse quelle diagnostiche, secondo gli standard internazionali e indipendentemente da considerazioni economiche o finanziarie.

11. Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari

Ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia.

12. Diritto a un trattamento personalizzato

Ogni individuo ha il diritto a programmi diagnostici o terapeutici quanto più possibile adatti alle sue personali esigenze.

13. Diritto al reclamo

Ogni individuo ha il diritto di reclamare ogni qual volta abbia sofferto un danno ed ha il diritto a ricevere una risposta o un altro tipo di reazione.

14. Diritto al risarcimento

Ogni individuo ha il diritto di ricevere un sufficiente risarcimento in un tempo ragionevolmente breve ogni qual volta abbia sofferto un danno fisico, ovvero morale e psicologico, causato da un trattamento da parte di un Servizio Sanitario.

Il documento del Cephis sui valori comuni delle professioni liberali presentato a fine mattinata dal Direttore Generale del Cephis Theodoros Koutroubas include molti dei diritti del documento presentato all'EESC (European Economic Social Committee) ed include la protezione e la promozione dei diritti dei pazienti nei codici etici e deontologici. Tra i valori esplicitati dal Cephis, che devono essere inclusi in tutti i codici etici e deontologici dei professionisti, in qualsiasi campo di lavoro, a livello europeo possiamo annoverare:

1. Confidentiality: cioè rispettare la segretezza delle informazio-

ni di cui si viene a conoscenza come professionisti.

2. Participation in Continuous Professional Development: cioè l'impegno verso un continuo sviluppo professionale ed umano attraverso un apprendimento continuo per tutta la vita.
3. Independence and Impartiality: cioè esercitare il personale giudizio nelle responsabilità e nell'autonomia di ogni singolo professionista nel proprio campo di competenza.
4. Honesty and Integrity: cioè comportarsi nelle relazioni con il soggetto a cui si offrono servizi e verso i colleghi, con onestà e cortesia.
5. Supervision of Support Staff: cioè attribuire funzioni al personale di supporto secondo le effettive competenze acquisite da questo personale per la sicurezza del cittadino.
6. Compliance with Codes of Conduct and Practice: cioè l'assicurazione che tutti i professionisti coinvolti aderiscano alle linee di condotta morale esplicitate dai differenti codici etico-deontologici.
7. Professional Indemnity Insurance: cioè l'obbligo di avere un'assicurazione professionale a maggior garanzia di responsabilità anche per eventi avversamente eventualmente arrecati.
8. Conflict with Moral or Religious Beliefs: cioè l'obbligo di fornire informazioni anche se, per ragioni morali, etiche e filosofiche, politiche o religiose, non si vuole intraprendere il servizio.



Foto 2: Partecipanti seguono lo svolgimento dei lavori.

Ha seguito l'intervento di Nicole Bedlington, la rappresentante delle associazioni dei pazienti a livello europeo (EFP). La direttrice dell'Euro Patient Forum ha sottolineato il diverso ruolo dei pazienti nella società europea sempre più allargata; da semplici attori passivi a partecipanti attivi della loro salute. L'associazione rappresenta una forte voce a livello europeo per i diritti dei pazienti. Sono associate, all'Euro Patient Forum, 27 organizzazioni di pazienti dei singoli Paesi con una forte presenza in Francia e in Italia.

Gli obiettivi principali di questa organizzazione sono:

- Un uguale accesso alle cure sanitarie in tutta l'Unione Europea.
- Un coinvolgimento dei pazienti sempre maggiore riguardo la salute.
- La sostenibilità economica e politica delle organizzazioni dei pazienti.

Tutto ciò può contribuire a creare quel circolo virtuoso tra informazione, consultazione e partecipazione nelle decisioni di salute.

Nella conferenza di Primavera 2007 tenuta dall'associazione sono emersi tre punti chiave da sviluppare ulteriormente:

- L'empowerment per tutti i cittadini dell'Unione sulle problematiche sanitarie.
- L'informazione sempre più estesa e coinvolgente.
- La sostenibilità e il sostegno ai cittadini riguardo la salute.

Inoltre, ha proposto altri punti da sviluppati, tra cui:

- La sicurezza dei pazienti
- La mobilità dei pazienti
- La cooperazione con le associazioni non governative e l'industria sanitaria.

Si possono prevedere comitati di esperti cittadini nelle principali agenzie europee della salute.

Si deve sviluppare una democrazia della salute con un forte coinvolgimento di tutti gli stakeholder.

La Bedlington ha concluso il suo intervento ribadendo che l'informazione al paziente è centrale e devono tutti avere accesso alle informazioni sui trattamenti alternativi, sui trattamenti preventivi e sui farmaci. Le informazioni di qualità devono arrivare da più fonti, comprese le compagnie farmaceutiche che non devono promuovere solamente i loro prodotti.

La rappresentante dei cittadini/pazienti europei ha ricordato che molta dell'informazione è veicolata da internet e solamente il 50 % dei cittadini europei possono accedere ed i siti sono spesso solo in inglese.

E' stato poi il turno di Moi Ali Vicepresidente del Nursing and Midwifery Council che ha interloquito sul ruolo degli Enti Regolatori ed ha portato, a questo proposito, l'esperienza del Regno Unito.

Il presidente del Consejo General de Enfermeria Màximo Gonzalez Jurado ha concluso la mattinata presentando in maniera esaustiva il nuovo codice etico e deontologico delle professioni infermieristiche in Europa che è in libera visione per commenti sul sito www.fepi.org.

Il codice deontologico infermieristico a livello europeo è un documento programmatico destinato agli enti regolatori della professione infermieristica, che sulle indicazioni e sui principi di questo documento devono rielaborare o produrre ex novo i rispettivi codici deontologici. Il codice è composto da 14 principi fondamentali tra cui possiamo ricordare la grande importanza accordata al rispetto dei diritti umani e ad un equo accesso alle cure per tutti. Punti non meno salienti affrontati dal Codice sono l'informazione, il consenso informato, l'apprendimento continuo per tutta la vita professionale, il conflitto del professionista con convinzioni etico-morali e religiose, l'attribuzione di compiti allo staff di supporto. Il Codice contiene un glossario composto da 56 termini che avrebbero potuto, altrimenti, creare diverse interpretazioni nei vari Paesi coinvolti ed una lista di riferimenti provenienti dalle principali organizzazioni infermieristiche a livello mondiale che sono state usate come background per svilupparlo.

Il pomeriggio della prima giornata si è aperto con la relazione di An Baeyens rappresentante della Commissione Europea per il Mercato Interno che ha illustrato la nuova Direttiva sul Riconoscimento delle Qualifiche Professionali EC/2005/36.

Tale Direttiva sul riconoscimento dei titoli professionali che provoca numerose interpretazioni a livello comunitario, è

senza dubbio un passo avanti nella libera circolazione dei professionisti anche se, nella sua applicazione, non pochi problemi sono sorti soprattutto sul riconoscimento delle qualifiche professionali dei Paesi entrati da poco nell'Unione Europea.

La rappresentante dell'Ordine dei Medici del Regno Unito Claire Herbert ha ribadito l'importanza dello scambio di informazioni sui professionisti sanitari da parte degli Enti Regolatori soprattutto per ciò che concerne le sanzioni ed i procedimenti disciplinari. La relatrice ha enfatizzato che la libera circolazione dei professionisti in ambito europeo è un'opportunità di crescita ed arricchimento per tutti. Certo bisogna che questi professionisti siano competenti per garantire sicurezza al paziente ed anche una maggiore qualità delle cure. Per questo già nel 2005, sotto l'egida della Presidenza dell'Unione del regno Unito ad Edinburgo, è stato sottoscritto un progetto per costruire un networking interprofessionale sulla regolamentazione e per scambiare buone pratiche di eccellenza. Il progetto si può trovare sul sito <http://www.healthregulation.org/public/hrw.nsf/Home?OpenForm>.

Proseguendo il discorso sulle certificazioni che deve possedere il professionista per garantire un livello di sicurezza accettabile, la portoghese Maria Teresa Oliveira Marcal ha illustrato il Certificato

del Current Professional Status secondo la versione lusitana per medici, infermieri, farmacisti, dentisti. Tale certificato a livello europeo e portoghese si propone di:

- essere un valido strumento per la mobilità dei professionisti,
- assicurare il recepimento della Direttiva EC/2005/36,
- assicurare un corretto scambio di informazioni tra le autorità competenti,
- contribuire alla sicurezza del paziente nell'area europea,
- evidenziare titoli di competenza secondo le Direttive Europee,
- fornire dati professionali di rilevanza,
- fornire informazioni su eventuali provvedimenti disciplinari.

Nella seconda giornata l'intervento iniziale è stato dell'irlandese Ann Marie Ryan che ha parlato di educazione infermieristica e competenze. Da una ricerca elaborata dal gruppo di lavoro della Fepi nei 14 Paesi partecipanti si è evinto che in linea generale c'è una tendenza comune ad applicare i principi del Processo di Bologna che implica un percorso formativo 3+2 per tutte le professioni, non solamente quelle sanitarie. Ciò permette di avere una maggiore uniformità a livello europeo dei livelli di competenza e conoscenza raggiunti spostandoli qualitativamente verso un miglior outcome delle prestazioni professionali.

Il questionario somministrato in 16 Paesi dell'Unione ha mostrato molte similarità e poche differenze tra i percorsi formativi, di formazione continua e di specializzazione infermieristica.

13 Paesi offrono un programma di laurea per conseguire il titolo per esercitare la professione infermieristica, tale titolo si acquisisce con un range che va dai 180 Crediti Formativi Universitari ai 240 Crediti Formativi Universitari come è il caso della Spagna.

In 4 paesi la specializzazione infermieristica è inserita come ultimo anno del percorso di base mentre in 13 Paesi è offerta secondo corsi di



Foto 3: Lavori nella sessione pomeridiana.

enfermeironurse

certificado europeu de estatuto profissional

European Certificate of Current Professional Status

nome completo: _____

passaporte: _____

numero de cédula profissional: _____

nacionalidade: _____

sexo: ☐ F ☐ M

data de nascimento: _____

data de atribuição e descrição das (s) qualificação(es) do profissional de saúde:

data de qualificação	qualificação profissional	organização de qualificação	organismo de regulação

estado de registo: ☐ registado ☐ suspenso

existência de restrição ao exercício: ☐ não ☐ sim

observações: _____

assinatura: _____

Ministério da Educação, do Ensino Superior e da Ciência, I.P. | Visto e Carimbo: _____

Foto 4: Il Current Professional Status rielaborato dall'Ordine Infermieristico portoghese

master e specializzazione soprattutto nel campo clinico. L'apprendimento per tutta la vita è legato ad un rinnovo dell'abilitazione ad esercitare in 5 paesi. Proseguendo nella discussione sulla formazione ed educazione infermieristica la parola è passata alla Dr.ssa Mary Gobbi dell'Università di Southampton, coordinatrice del Progetto Tuning per l'Infermieristica. Il principale obiettivo del Progetto è quello di sviluppare un framework di qualifiche comparabili in ognuno dei Paesi segnatari dell'Accordo sull'Educazione di Bologna del 1999 che deve essere descritto in termini di carichi di lavoro, competenze generali e specifiche, obiettivi di apprendimento, risultati dell'apprendimento. Il progetto Tuning ha sviluppato una sua

propria metodologia ed un linguaggio comune come ribadito dalla Conferenza di Berlino del 2003.

Il Progetto sta cominciando tra le Università aderenti anche in Sud America. L'aspirazione è arrivare ad un programma condiviso di 240 ECTS come primo ciclo di educazione infermieristica in tutta l'Unione Europea.

Una relazione significativa della mattina è stata presentata da Mr. Holger Bienzle che ha illustrato un progetto di educazione terapeutica sviluppato tramite E-learning, finanziato dall'Unione Europea, destinato ai pazienti con malattie croniche in Austria. Il progetto iniziato in un ospedale pediatrico di Vienna ha esteso la sua influenza in tutta l'Austria trovando un positivo riscontro nell'apprendimento delle lingue, delle tecnologie informatiche, nella gestione delle patologie. Tale progetto ha contribuito alla riabilitazione fisica e mentale dei pazienti e ad aprire un nuovo mondo di apprendimento

per soggetti costretti in strutture sanitarie per lunghi periodi di tempo.



Foto 5: Presentazione del progetto Tuning (Mary Gobbi)

L'ultimo discorso della mattinata ha trattato il tema della sicurezza del paziente nel NCSBN Statunitense ed è stato presentato dalla Presidente Mrs. Faith Fields. L'articolo 10 della Costituzione costituisce la base della regolamentazione professionale infermieristica negli States.

Da questo punto di vista ogni singolo Stato possiede un Board infermieristico che regola la professione in quello specifico Stato secondo regole Nazionali condivise. I principali compiti del NCSBN sono: il controllo sulla comunicazione e l'informazione affinché siano adeguate e non asimmetriche, la vigilanza sui comportamenti etici proponendo ed applicando sanzioni disciplinari e garantendo, in breve, la sicurezza di tutti i pazienti sottoposti ad assistenza infermieristica. La Presidente ha corroborato il suo intervento con molti dati che hanno espresso il grande ruolo che riveste l'Ordine infermieristico americano nel garantire la sicurezza del paziente soprattutto per ciò che riguarda la giusta applicazione del Nursing Practice Act.

Nel pomeriggio sono stati costituiti dei gruppi di lavoro che hanno poi presentato i loro risultati il giorno seguente. Tra i gruppi di lavoro i dibattiti si sono incentrati sulla fornitura di servizi assistenziali di qualità nel mercato Interno Europeo, sulla Direttiva sul riconoscimento delle qualifiche Professionali, la RC 2005/36 e

sulla formazione infermieristica e le competenze da acquisire per il professionista. A conclusione dei lavori la Presidente della FEPI, Loredana Sasso, ha ricordato l'enorme importanza della rappresentanza infermieristica a livello europeo, che permette di indirizzare le politiche dell'Unione verso gli obiettivi comuni condivisi di tutti gli enti regolatori infermieristici continentali.

Sitografia di approfondimento:

<http://www.activecitizenship.net/>
http://www.eucharter.org/home.php?page_id=1
<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/europeanunion2.html>
www.eu-patient.eu
www.fepi.org
<http://www.gmc-uk.org/>
<http://www.pcnweb.org/version1/en/index.html>
<http://www.rcn.org.uk/>
<http://www.nmc-uk.org/>
http://ec.europa.eu/education/programmes/socrates/socrates_en.html
www.relint.deusto.es/tuningproject/index.htm
http://ec.europa.eu/education/programmes/socrates/ects/index_en.html
www.nursingext.com
www.arsbn.org
www.ncsbn.org

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

Sull'ultimo numero della rivista ho letto con molto interesse il resoconto del viaggio che il Collegio ha organizzato in Cina. Devo dire che sono rimasta affascinata. Ricordo che anche in precedenza ho letto di altri viaggi all'estero organizzati dal Collegio con visite nelle strutture sanitarie e incontri con gli infermieri del posto.

Francamente però non ho capito come si partecipa e chi può partecipare. Sono viaggi pagati dal Collegio Ipasvi? Sono riservati solo ai dirigenti del Collegio? Se è così, non mi pare giusto.

Non voglio alimentare inutili sospetti, ma ne ho parlato con altri colleghi che sono curiosi come me di sapere come funzionano questi viaggi e se possiamo partecipare tutti. Mi piacerebbe avere da lei una risposta chiara.

Lettera firmata

Cara Collega,
ha ragione ha chiedere spiegazioni ed io gliele fornisco molto volentieri. Il Collegio è la "casa" di tutti gli infermieri e deve avere non solo finestre ma anche pareti di vetro. In questo senso, la pubblicazione dei viaggi-studio che il Collegio organizza all'estero è puntuale in vista di ogni viaggio. Questa stessa rivista ne dà ampia pubblicità sui numeri precedenti la partenza, come pure il Televideo, il sito Internet e gli avvisi affissi nella sede del Collegio.

Si tratta dei viaggi-studio che il Collegio organizza ogni anno, normalmente tra la fine di maggio e l'inizio di giugno. Sono esperienze straordinarie per l'aspetto professionale e per quello umano. Servono a conoscere e toccare con mano l'organizzazione dei servizi sanitari e del lavoro infermieristico di altri Paesi, ma anche a stringere relazioni, e non di rado amicizie, con i colleghi che operano sul posto. Uno scambio di conoscenze, di tecniche e di modelli organizzativi che arricchisce e gratifica e che stimola l'interazione con realtà sanitarie diverse dalla nostra.

Quanto all'organizzazione dei viaggi, il Collegio si occupa esclusivamente dei contenuti scientifici, stabilisce i contatti con le strutture da visitare e con i colleghi del luogo, cura il programma degli incontri, delle conferenze e delle visite guidate. L'aspetto logistico del viaggio-studio è invece affidato a un tour operator.

Infine, quanto alle sue domande su chi partecipa e chi paga, è presto detto: tutti gli iscritti possono partecipare, naturalmente nel limite numerico dei posti disponibili e fino ad esaurimento di questi; l'intera quota di partecipazione è a carico di ogni partecipante, perciò il Collegio non paga (né potrebbe farlo) il viaggio a nessuno.

Spero di averle risposto in modo chiaro e sarei ben lieto che si unisse al gruppo di viaggio del prossimo anno.

Un'altra estate trascorsa all'insegna dell'emergenza. Sarà per via della posta in gioco, ma per la gravissima carenza di infermieri la regola mediatica che se la notizia si ripete non è più tale sembra non valere. Così i mezzi d'informazione non hanno risparmiato fiumi di immagini e parole su quanto accaduto nella sanità laziale in quest'ultima bollente estate.

Sul finire di giugno scoppia il "caso" del San Filippo Neri, dove la carenza di personale è molto marcata e 115 infermieri non si presentano al lavoro producendo altrettanti certificati medici. Appare subito chiaro che è l'emergenza a dettare azioni tanto drastiche. E i media riaccendono la luce sugli organici infermieristici di Roma e del Lazio. Se ne occupano tutti i principali quotidiani nazionali, le tv, le radio. Il caso pervade anche Internet e spopola sui blog di settore. Si "riscoprono" così i numeri e le stime già note e poi dimenticate con la fine dell'estate precedente. Il consueto refrain, ma con toni più preoccupati del solito.

Il Messaggero (26/6) suona la sveglia sulla grave emergenza infermieristica e predice il disastro; un articolo di Mauro Evangelisti titola "Scandali, sprechi e rinvii: l'agonia della sanità laziale". Lo stesso quotidiano (27/6 - Cronaca di Roma) pubblica il servizio intitolato "Ospedali, cercansi 1.318 infermieri".

Non solo organici impossibili. Sugli infermieri si riaccendono i riflettori dell'informazione in occasione della manifestazione di piazza del 28 giugno scorso a Roma. A migliaia i colleghi sfilano in corteo per protestare contro i tagli contrattuali che provocano una pesante decurtazione degli stipendi. La stampa se ne occupa

prima, durante e dopo la manifestazione, riecheggiandone il successo. Il Messaggero (27/6-Cronaca di Roma) scrive "Ospedali, in rivolta uno su due". Gli fa eco il Corriere della Sera (29/6 - Cronaca di Roma) che titola "Infermieri in piazza ospedali e Asl in tilt - Il ministro Turco: «Vicina ai lavoratori». Riparte la trattativa" e con un articolo di Paolo Foschi rilancia l'allarme: "Mancano 4 mila infermieri in tutto il Lazio e nel 2007 ne andranno in pensione altri 1500. Se non ci saranno assunzioni, non saranno garantiti i livelli minimi di assistenza". Altri esempi: "Sanità, i precari vanno all'attacco" (27/6 - Leggo): "Il Lazio sconta un rapporto di 5,8 infermieri per mille abitanti contro una media nazionale di 7 infermieri per mille abitanti"; "Sciopero, ospedali paralizzati" (28/6 - La Repubblica - Roma).

Fa riflettere il servizio che il giorno successivo alla manifestazione compare su Il Messaggero (29/6 - Cronaca di Roma) "Infermieri in sciopero, pochi disagi". Vi si legge: "Pronto soccorso semi-deserti anche grazie alla giornata prefestiva. «Forse perché ormai siamo sempre pochi perché in emergenza - racconta un altro giovane infermiere - che i pazienti sono abituati a contare su queste persone. E facendo i salti mortali ci dividiamo bene tra un reparto e l'altro». In pochi fra gli organi di informazioni rilevano che i servizi essenziali sono stati comunque garantiti, come sempre quando in piazza scendono gli infermieri.

Emergenza infermieri alla ribalta della cronaca anche nelle settimane successive. Il Tempo (7/8- Edizione Roma) titola "Mancano quattromila infermieri". Ma l'allarme è generale e coinvolge tutta la penisola, da Nord a Sud. Il Mattino di Padova (1/9 - Edizione nazionale) scrive



“Manca personale, reparti a rischio chiusura”; Il Giornale del Piemonte (2/9 – Edizione nazionale) aggiunge “Carenza di personale, la proposta di Vignale: togliere il numero chiuso da Scienze Infermieristiche”; La Nuova Venezia (28/6 – Edizione nazionale) titola “Mancano infermieri, in corsia necessarie nuove assunzioni”; il Corriere del Veneto (22/7 – Cronaca di Venezia) annuncia “Pochi infermieri, l’Asl taglia i servizi”; Il Resto del Carlino (Edizione Ascoli) scrive “Gli infermieri? Pochi e lavorano troppo”; La Nazione (7/8 – Cronaca di Lucca) lancia un “Sos infermieri”; Il Tirreno (28/6 – Cronaca di Pontedera) denuncia “Organico ridotto, c’è chi è costretto a fare l’infermiere”; il Corriere del Mezzogiorno (28/6 – Edizione Bari) titola “Troppo lavoro: protestano gli infermieri”; lo stesso quotidiano (10/7 – Edizione Bari) scrive “Policlinico, pochi infermieri: chiudono i reparti. E’ diventata particolarmente grave la situazione nel più grande ospedale della Puglia a causa della carenza di personale”. Di quanti siano pochi gli infermieri riferisce anche il Corriere Mercantile (28/6) che rileva “L’allarme degli infermieri: <Ospedali a rischio collasso>”.

Ma c’è anche altro. Il Sole 24 Ore (24/7) dà conto delle novità che riguardano la previdenza per i colleghi che esercitano la libera professione con un articolo intitolato “Riaffermato l’obbligo di iscrizione all’Enpapi per tutti gli infermieri liberi professionisti”. E dalle stesse colonne proviene l’ennesimo attacco scriteriato alla professione. Nell’edizione del 4 settembre scorso, Il Sole 24 Ore Sanità ospita un intervento di Mauro Marin che lascia alquanto interdetti. Si intitola “Medici-infermieri senza attriti”. Si legge nel sommario: “Per garantire cure valide al paziente non possono esistere due «responsabili» autonomi. Serve reciproca conoscenza dei ruoli. Ecm comune per l’assistenza di base. La vera carenza del personale ausiliario. Riforme basate sui bisogni di salute”.

Della serie... di tutto un po’. Soprattutto contro gli infermieri e la loro autonomia. Così l’autore, dopo aver riepilogato le diverse attribuzioni normative, scaglia un attacco frontale agli infermieri e alle loro rivendicazioni. Scrive fra l’altro: “L’analisi del Cergas Bocconi sugli organici infermieristici in Italia (si veda «Il Sole-24 Ore

Sanità» del 5-11 giugno 2007, pag. 32) ha rilevato che le stime sulla reale carenza di infermieri in Italia sono autoreferenziali della categoria, prive di una dimostrata razionalità economica delle dotazioni organiche delle aziende del Ssn e contraddittorie rispetto alle difficoltà che invece molte agenzie interinali incontrano a inserire nel sistema i loro infermieri stranieri”. E giunge alla conclusione che “Forse l’emergenza vera è la carenza di personale ausiliario qualificato...”. Insomma, la carenza di personale infermieristico è un’invenzione della categoria. Ogni commento è superfluo. Anche perché all’analisi di Marin rispondono tutti i titoli e i servizi citati in precedenza. E poi, basta chiedere ai pazienti.

Un’ultima citazione la merita l’articolo a firma di Francesco Di Frischia e Paolo Foschi pubblicato sul Corriere della Sera del 1 ottobre scorso, in Cronaca di Roma. Si intitola “I manager: «Più di così non si può tagliare»”. Affronta il nodo della percorribilità delle misure di contenimento della spesa indicate dal Piano di rientro del deficit sanitario del Lazio. Il servizio rivela l’esistenza di un documento riservato dell’assessorato alla Sanità con cui “i tecnici hanno denunciato che il Piano di risanamento della sanità «non ha prodotto gli effetti previsti». In altre parole manca circa un terzo della somma prevista. E ad agosto è stato scoperto un extradeficit di 214 milioni”. E attribuisce ai manager delle Aziende sanitarie e Ospedaliere romane alcune significative dichiarazioni: “Senza investimenti ed assunzioni non si possono fare miracoli” (Flori De Grassi, direttore generale della Asl Roma-B); “Per rispettare le norme regionali, in estate abbiamo dovuto ridurre drasticamente le operazioni programmate, soprattutto per mancanza di infermieri” (Elisabetta Paccapelo, direttore generale della Asl Roma-C); “Abbiamo dovuto stringere la cinghia e abbiamo avuto enormi problemi per sostituire gli infermieri: solo dal primo gennaio ce ne mancano 80” (Luigi D’Elia, direttore generale del San Giovanni).

I manager riconoscono che il grosso del problema è proprio lì: troppo pochi infermieri, fino oltre la soglia dell’emergenza. E lo dice, sottolineandone gli effetti negativi, chi è stato chiamato a risolvere quel problema. Ma allora, a chi tocca provvedere?

Norme comportamentali e disciplinari per l'infermiere nel rapporto di lavoro privato

Per esigenze di spazio, in questo articolo mi limito a riportare il testo del codice disciplinare scritto nel contratto collettivo della sanità privata (ARIS-AIOP). 2002-2005.

Il lavoratore, in relazione alle particolari esigenze della assistenza sanitaria, deve improntare il proprio comportamento al rispetto e alla comprensione dell'assistito, ispirandosi ai principi della solidarietà umana e subordinando ogni propria azione alla consapevole necessità e responsabilità della sua assistenza.

Questo è l'incipit dell'art. 38 intitolato "*Comportamento in servizio*" che esprime un principio ma è al tempo stesso il primo dei doveri: ogni dipendente ha come primo dovere quello di comprendere e rispettare l'assistito perché l'assistenza sanitaria è l'obiettivo dell'imprenditore (casa di cura, clinica, etc.) e ogni dipendente deve impegnarsi al raggiungimento dell'obiettivo.

Il lavoratore deve rispettare l'impostazione e la fisionomia propria della struttura ove opera ed attenersi alle disposizioni impartite dalla Amministrazione secondo la struttura organizzativa interna in cui opera e osservare in modo corretto i propri doveri. Questa regola è l'essenza stessa della nozione di "subordinazione", nel senso che il lavoratore subordinato deve prestare la propria attività lavorativa "sotto gli ordini" del datore di lavoro (art. 2094 cod. civ.) e cioè ha l'obbligo di conformarsi al potere direttivo di quest'ultimo. In buona sostanza, la disposizione in commento significa che il dipendente deve, ha l'obbligo di "esaudire le richieste" che provengono dal proprio superiore gerarchico (secondo la struttura organizzativa interna).

Non è necessario che l'ordine o la direttiva (spesso chiamati nel linguaggio comune "ordini di servizio") siano scritti. Anzi, la regola è l'oralità delle disposizioni.

Secondo quanto è scritto nel codice disciplinare: **è fatto divieto al lavoratore di prestare la propria attività al di fuori delle strutture di appartenenza anche in caso di sospensione cautelativa. La prestazione di lavoro a carattere continuativo esplicita al di fuori del rapporto di lavoro, con esclusione dei dipendenti con rapporto di lavoro a tempo parziale, costituisce giustificato motivo per la risoluzione del rapporto di lavoro.**

La norma sembra escludere la possibilità di svolgere un qualsiasi altro lavoro, a prescindere dal tipo e dal modo. Si presti attenzione a questo: anche il secondo lavoro "occasionale" (quello chiamato in gergo "con ritenuta d'acconto") è sanzionato (ad esempio con la multa o la sospensione, secondo la gravità) e se il secondo lavoro è continuativo, questo comporta il licenziamento per giusta causa.

I **Ritardi** e le assenze sono disciplinati dall'art. 39 CCNL. Secondo tale norma il lavoratore deve osservare il proprio orario di lavoro, controfirmando il registro delle presenze e/o l'orologio marcaperso e comunque attestando le presenze secondo le modalità di rilevazione in uso nella Struttura. L'obbligo di presenza è, infatti considerato fondamentale ed è una caratteristica (seppure non determinante) del lavoro subordinato. Infatti, la presenza al lavoro è la "disponibilità" ossia il primo atto del dovere di conformazione di cui abbiamo detto sopra. In tale ottica, prosegue la

norma, i ritardi devono essere giustificati e comportano la perdita dell'importo della retribuzione corrispondente al ritardo stesso; solo qualora il ritardo giustificato sia eccezionale, non comporta la perdita della retribuzione.

Le assenze devono essere segnalate prima dell'inizio del turno di lavoro alle persone o all'Ufficio a ciò preposto dalla Struttura sanitaria, giustificate immediatamente e comunque non oltre le 24 ore, salvo legittimo e giustificato impedimento. In ogni caso comportano la perdita della retribuzione corrispondente alla durata della assenza stessa.

In caso di **malattia**, eguale comunicazione deve essere effettuata, prima dell'inizio del turno di servizio, anche nel caso di eventuale prosecuzione della malattia stessa. L'assenza arbitraria e ingiustificata che superi i 3 giorni consecutivi, è considerata mancanza gravissima.

L'art. 41 del CCNL disciplina la regolamentazione dei provvedimenti disciplinari e del procedimento che il datore di lavoro deve seguire prima di comminarli.

Il procedimento (art. 41 del CCNL)

Come abbiamo già visto negli scritti precedenti i provvedimenti disciplinari debbono essere adottati in conformità all'art. 7, legge n. 300/70 (necessità della contestazione per iscritto, obbligo di assegnare al lavoratore un termine di almeno 5 giorni per presentare le proprie deduzioni, facoltà del lavoratore di essere ascoltato di persona e/o di essere assistito dal rappresentante delle Organizzazioni sindacali cui conferisce mandato), nonché nel rispetto, da parte del datore di lavoro, dei principi generali di diritto vigenti in materia di immediatezza, contestualità e immodificabilità della contestazione disciplinare.

Secondo il codice disciplinare la contestazione disciplinare deve essere inviata al lavoratore non oltre il termine di 30 giorni dal momento in cui gli Organi direttivi sanitari e amministrativi delle Strutture hanno avuto effettiva conoscenza della mancanza commessa. Il provvedimento disciplinare non può essere adottato dal datore di lavoro oltre il termine di 30 giorni dalla presentazione della deduzione da parte del lavoratore. Si pattuisce, recita sempre il

codice disciplinare, che il predetto termine di 30 giorni rimane sospeso nel caso in cui il dipendente richieda di essere ascoltato di persona unitamente al rappresentante sindacale, riprendendo poi a decorrere 'ab initio' per ulteriori 30 giorni dalla data in cui le parti si saranno incontrate per discutere della contestazione.

Le sanzioni, gli illeciti e i criteri di correlazione

La norma in esame elenca quali sono le sanzioni tipiche; elenca altresì le tipologie di illecito più rilevanti e la corrispondenza tra illecito e sanzione.

Le mancanze del dipendente possono dar luogo all'adozione dei seguenti provvedimenti disciplinari da parte della Amministrazione:

- (1) richiamo verbale;
- (2) richiamo scritto;
- (3) multa non superiore all'importo di 4 ore della retribuzione;
- (4) sospensione dal lavoro e dalla retribuzione per un periodo non superiore a 10 giorni.

Esemplificativamente, a seconda della gravità della mancanza e nel rispetto del principio della proporzionalità, incorre nei provvedimenti di cui sopra il lavoratore che:

- (a) non si presenti al lavoro omettendo di darne comunicazione e giustificazione ai sensi dell'art. 39, o abbandoni anche temporaneamente il posto di lavoro senza giustificato motivo;
- (b) ritardi l'inizio del lavoro, o lo sospenda, o ne anticipi la cessazione senza giustificato motivo;
- (c) commetta grave negligenza in servizio, o irregolarità nell'espletamento dei compiti assegnati;
- (d) non si attenga alle disposizioni terapeutiche impartite, non si attenga alle indicazioni educative, non esegua le altre mansioni comunque connesse alla qualifica, assegnate dalla direzione o dal superiore gerarchico diretto;
- (e) ometta di registrare la presenza secondo le modalità stabilite dalla Struttura;
- (f) compia qualsiasi insubordinazione nei confronti dei superiori gerarchici; esegua il lavoro affidatogli negligenemente, o non ottemperando alle disposizioni impartite;

(g) tenga un contegno scorretto o offensivo verso i degenti, il pubblico e gli altri dipendenti;

(h) violi il segreto professionale e di ufficio; non rispetti l'impostazione e la fisionomia propria della Struttura sanitaria e non attui metodologie educative, didattiche e riabilitative proposte dalle équipes direttive;

(i) compia in genere atti che possono arrecare pregiudizio all'economia, all'ordine e all'immagine della Struttura sanitaria, fermi restando i diritti tutelati dalla legge n. 300/70;

(j) ometta di comunicare alla Amministrazione ogni mutamento, anche di carattere temporaneo dei dati di cui all'art. 12 del presente CCNL, ovvero rilasci autocertificazioni non veritiere;

(k) ometta di esporre in modo visibile il cartellino identificativo;

(l) ponga in essere atti, comportamenti, molestie anche di carattere sessuale, lesivi della dignità della persona nei confronti di altro personale;

(m) violi il divieto di fumare all'interno dei locali aziendali, ove previsto;

(n) risulti assente alla visita domiciliare di controllo;

(o) non si presenti alla visita medica prevista in ottemperanza delle norme in materia di sicurezza e salute dei lavoratori, salvo che ciò avvenga per giustificati motivi;

(p) violi il divieto di utilizzare telefonini portatili, ove previsto.

Sempreché si configuri un notevole inadempimento e con il rispetto delle normative vigenti, è consentito il licenziamento per giusta causa o giustificato motivo:

(a) nei casi previsti dal capoverso precedente qualora le infrazioni abbiano carattere di particolare gravità;

(b) assenza ingiustificata per 3 giorni consecutivi o assenze ingiustificate ripetute per 3 volte in 1 anno, in un giorno precedente e/o seguente alle festività e alle ferie;

(c) recidivo in qualunque mancanza quando siano stati comminati 2 provvedimenti di sospensione disciplinare nell'arco di 1 anno dalla applicazione della prima sanzione;

(d) assenze per simulata malattia;

(e) introduzione di persone estranee nella

azienda senza regolare permesso;

(f) abbandono del posto di lavoro durante il turno di lavoro notturno;

(g) alteri o falsifichi le indicazioni del registro delle presenze o dell'orologio marcaperso o compia su queste, comunque, volontariamente annotazioni irregolari;

(h) per uso dell'impiego ai fini di interessi personali;

(i) per violazione del segreto professionale e di ufficio, per qualsiasi atto compiuto per negligenza che abbia prodotto grave danno ad un infermo, alla Amministrazione o a terzi;

(j) per tolleranza di abusi commessi da dipendenti;

(k) per svolgimento di attività continuativa privata, o comunque per conto terzi, con esclusione dei rapporti a tempo parziale;

(l) per i casi di concorrenza sleale posti in essere dal dipendente, secondo i principi generali di diritto vigente;

(m) detenzione per uso o spaccio di sostanze stupefacenti all'interno della struttura;

(n) molestie di carattere sessuale rivolte a degenti e/o accompagnatori all'interno della struttura;

(o) per atti di libidine commessi all'interno della struttura.

È in facoltà dell'Amministrazione di provvedere alla sospensione cautelare onde procedere ad accertamenti preliminari in caso di adozione di licenziamento. Al dipendente sospeso cautelativamente è concesso un assegno alimentare nella misura non superiore alla metà dello stipendio, oltre gli assegni per carichi di famiglia.

La predetta elencazione ha carattere indicativo ed esemplificativo e non esaudivo dei casi che potranno dar luogo all'adozione del provvedimento di licenziamento per mancanze.

*** **

Come già ebbi modo di precisare le volte precedenti, queste pubblicazioni hanno solo un intento divulgativo con lo scopo di rendere gli infermieri più consapevoli di come la loro professione si inserisca nella realtà del contratto di lavoro e, quindi, nel mondo del lavoro.

Avv. Alessandro Cuggiani



(Livello base)

L'apprendimento di abilità linguistiche semplici nell'ambito della professione infermieristica permette di poter avvicinarsi alla lettura e comprensione di brevi testi di carattere scientifico, di iniziare uno scambio di informazioni con utenti di lingua anglosassone e di mettersi in relazione con pazienti e colleghi provenienti da culture altre.

Obiettivi dell'evento:

Fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di:

- Apprendimento delle strutture linguistiche necessarie per lo scambio di informazioni in ambito sanitario.
- Promozione ed incremento delle capacità di lettura e della comprensione di brevi testi contenuti in riviste e/o in internet.
- Miglioramento delle capacità relazionali e comunicative in tema di: comprensione di semplici messaggi orali al fine di migliorare la relazione con utenti stranieri.

Modalità di Iscrizione

Il corso è limitato a 20 partecipanti ad edizione.

La quota di partecipazione, comprensiva di iscrizione al corso è di 120,00 euro

Il corso si terrà in 10 lezioni di 3 ore ciascuna (orario 16,00-19,00) presso il Collegio Ipasvi di Roma con inizio il giorno 18/12/2007 per la prima edizione (cadenza settimanale) e il giorno 19/12/2007 per la seconda edizione (cadenza settimanale).

Segreteria organizzativa:

Per prenotazioni e per la quota, che dovrà essere versata al momento dell'iscrizione, si deve contattare, lunedì e giovedì pomeriggio ore 15,00-18,30 presso il Collegio Ipasvi di Roma - Sig.ra Matilde Napolano- V.le Giulio Cesare 78 - Metro Ottaviano (Linea A) - 00192 - Roma - Telefono 0637511597 fax 0645437034 oppure cell. 3391607334 tutti i giorni

Calendario degli incontri:

1a edizione	2a edizione
08/01/2008	09/01/2008
15/01/2008	16/01/2008
22/01/2008	23/01/2008
29/01/2008	30/01/2008
05/02/2008	06/02/2008
12/02/2008	13/02/2008
19/02/2008	20/02/2008
26/02/2008	27/02/2008
04/03/2008	05/03/2008
11/03/2008	12/03/2008
Valutazione finale 18/03/2008	Valutazione finale 19/03/2008

Biblioteca Collegio IPASVI di Roma



SEDE E RECAPITI: Viale Giulio Cesare, 78

Tel.: 06/37511597 – Fax: 06/45437034 E-mail: biblioteca@ipasvi.roma.it

BIBLIOTECA ORARI:

Lunedì, ore 15.00 – 18.00 • Giovedì, ore 15.00 – 18.00
Martedì, ore 10.00 – 12.00: solo per consultazione Banca Dati CINAHL
e previo appuntamento

PUNTO INTERNET ORARI:

dal lunedì al venerdì dalle ore 09,00 alle ore 12,00
il lunedì ed il giovedì anche dalle ore 15,00 alle ore 17,00

**IL SERVIZIO È GRATUITO ED È RISERVATO
AGLI ISCRITTI IPASVI E AGLI STUDENTI**