

INFERMIERE

oggi

Periodico di idee, informazione e cultura del Collegio IPASVI di Roma

N°2

EDITORIALE

Non un solo
passo falso

FOCUS

III Conferenza
Internazionale
del Sapere
Infermieristico

LA RICERCA

"Near misses":
il punto di vista
degli infermieri

ISTITUZIONI

Regione Lazio,
chiusura in vista per
tre ospedali romani

INFERMIERE

oggi

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
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 XVIII - N. 2 - APRILE-GIUGNO 2008

FOTO: MARIO ESPOSITO

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

Finito di stampare: settembre 2008

Tiratura: 28.000 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.

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 Non un solo passo falso
di Gennaro Rocco
- 3 I danni mancati: ricerca descrittiva osservazione quantitativa
di Teresa Compagnone, Laura Soldà, Claudia Russo
- 8 Nursing, la funzione del tutor clinico una visione nel passato, nel presente e una proiezione nel futuro
di Silvia Sferazza
- 14 La contenzione chimica e fisica nelle terapie intensive: un uso più razionale
di Marco Cioce, Antonello Leopardi, Maria Luisa Rega
- 22 Il paziente affetto da cirrosi epatica: necessità di approcci assistenziali infermieristici innovativi, importanza di quelli tradizionali, relative implicazioni etiche e legali
di Roberta De Luca
- 28 Stress, adattamento ed ansia
di Nicoletta Melchiorre

FOCUS

III CONFERENZA INTERNAZIONALE DEL SAPERE INFERMIERISTICO

- 40 L'impegno dell'infermiere per la sicurezza del malato: un'alleanza terapeutica
di Laura Sabatino
- 42 I poster
- 42 Errori in sanità: infermieri allo specchio
- 43 Se li conosci li eviti!
- 52 Benvenuta ILISI, la prima banca dati di letteratura infermieristica italiana

L'ANGOLO DEI MEDIA

- 53 Luci e ombre sugli infermieri

LETTI PER VOI

- 54 Il Centenario della fondazione del corpo delle volontarie della Croce Rossa Italiana
- 55 Integrazione e professionalità senza confini
- 56 Gli infermieri protagonisti in Tv
- 57 Gli infermieri e le sfide del tempo tra etica, integrazione e ricerca
- 58 I giovani e la professione di infermiere

RECENSIONE

- 59 Comunicazione salute

FORMAZIONE

- 60 Tutti i master infermieristici in partenza

ISTITUZIONI

- 61 Regione Lazio, l'asestamento di bilancio decreta la chiusura di tre ospedali romani

DAL MONDO

- 62 I giovani e la professione di infermiere

NORME EDITORIALI

- 63 Quali regole seguire per pubblicare un articolo su "Infermieri Oggi"



Non un solo passo falso

di Gennaro Rocco

DPreoccupati è dire poco. Siamo veramente allarmati per quanto sta accadendo alla sanità laziale. La caduta dell'assessore regionale alla Sanità è solo l'ultimo segnale, per quanto clamoroso, di una lunga serie. Il commissariamento del Servizio Sanitario Regionale, affidato dal Governo al presidente della Regione Piero Marrazzo, svela un evidente stato di grave malattia.

Ed è proprio sugli operatori sanitari oltre che sui cittadini, che si riversano le sofferenze maggiori. A poco vale rivendicare oggi la giustezza delle istanze, gli appelli, le rivendicazioni che gli infermieri vanno facendo da anni per un cambio deciso del sistema. Non ci consola neanche un po' l'aver avuto ragione, né possiamo dimenticare quante volte siamo rimasti inascoltati.

Siamo oggi irritati ed inquietati da uno scenario che si presenta a tinte fosche.

Il dissesto dei conti è solo la punta dell'iceberg. La crisi politica latente alla Regione Lazio non aiuta e anzi, se possibile, complica ulteriormente la ricerca di una via d'uscita.

Perché a questo siamo: alla ricerca di una soluzione che ancora non c'è.

Il piano di risanamento finanziario della sanità laziale prevede tempi troppo lunghi rispetto allo stato di emergenza. E' come prescrivere una lunga serie di analisi ed esami di fronte a un arresto cardiaco.

Tanto più nel merito del problema: pensare di rimediare allo spaventoso deficit congelando l'attuale situazione per cinque o sette anni ancora è improponibile. Qui servono decisioni importanti, dirimenti e immediate.

La prospettiva a breve non ci lascia affatto tranquilli. Il riecheggiare di sperperi e malcostume nella gestione delle Asl e l'annunciato tourbillon dei tanti direttori generali in scadenza di mandato fanno presagire che il tunnel è lungo che la luce non si vedrà ancora per un bel po'.

Gli infermieri sono tra gli operatori che pagano il prezzo più alto per l'incertezza che aleggia e che genera immobilità.

Il loro status attuale è già estremamente difficile e ormai non più sostenibile. Mancano iniziative decise contro l'emergenza, per superare il blocco del turnover, per aumentare i posti disponibili nei corsi universitari almeno fino a coprire la quota di colleghi che ogni anno va in pensione.

Invece, ogni giorno di più, il personale infermieristico è scarso, stanco e frustrato dall'assenza di prospettive concrete.

Senza una decisa svolta, le condizioni di lavoro, già inaccettabili, diverranno presto insostenibili, il livello minimo di assistenza non potrà più essere garantito, molti reparti e servizi verranno necessariamente chiusi.

Non può essere questo il destino della nostra sanità. Occorre agire in fretta con misure immediate.

Il trasferimento di fondi pari a cinque miliardi richiesto dalla Regione Lazio allo Stato per la sanità deve essere utilizzato al meglio e secondo l'ordine reale delle priorità.

Servono investimenti straordinari, inderogabili e urgentissimi. Allo sblocco delle assunzioni va riconosciuta una corsia preferenziale rapida, ma è necessario investire anche sulla formazione dei

EDITORIALE

professionisti, sulle retribuzioni, su nuovi modelli organizzativi, sui Servizi e i Dipartimenti infermieristici.

E poi occorre avviare subito una riforma strutturale del sistema. Il modello sanitario va ridisegnato e cucito su misura alla nostra Regione. Che non è come le altre.

La peculiarità del Lazio sta tutta in Roma, nei suoi grandi policlinici, nella sua vasta rete ospedaliera pubblica e privata. Servizi spesso di alta qualità che Roma offre ai suoi cittadini ma anche a mezza Italia, certamente a buona parte del Centro e a quasi tutto il Sud.

In questa chiave, il progetto di riforma "Roma Capitale" non può dimenticare la sanità regionale e i suoi grandi guai. Così se Roma e la sua area metropolitana avranno un diverso assetto istituzionale, anche la sanità romana dovrà averlo, risorse e autonomia comprese.

Il modello del distretto federale può funzionare solo se coinvolge lo scudo sociale più importante che è la sanità e che peraltro a Roma rappresenta una fetta importante del lavoro e dell'economia.

E' in gioco il bene più prezioso di tutti e di ciascuno: la salute. La politica e il suo management non possono più fallire.



I danni mancati: ricerca descrittiva osservazione quantitativa

di Teresa Compagnone, Laura Soldà, Claudia Russo

ABSTRACT

Nell'ambito sanitario assume sempre più rilevanza la cultura della gestione del rischio clinico: suo obiettivo primario la prevenzione degli incidenti clinici.

Strumento che si propone di ampliare l'ottica di prevenzione riguardo la sicurezza del paziente in ospedale è il "Risk Management", che intende promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina ai pazienti e agli operatori sanitari.

Con questo lavoro, che nasce da una ricerca qualitativa di più ampia scala ed è parte integrante di una tesi di laurea, gli autori hanno voluto raccogliere ed ottenere indicazioni, quanto più precise possibili, sulle cause che potrebbero condurre ai *near - misses* (i danni mancati), con l'obiettivo di apprendere proprio dall'errore. Ciò è stato possibile tramite la compilazione di un questionario da parte un campione casuale stratificato di infermieri dell'ospedale G.B. Grassi di Ostia.

Gli "errori di terapia" e le "cadute accidentali di pazienti" sono risultati essere i *near - misses* che si propongono maggiormente nei reparti presi in esame. Le cause che più frequentemente conducono ai *near - misses* risultano essere imputabili a "eccessivo carico di lavoro e carenza del personale infermieristico", "stress e stanchezza", "carenza di comunicazione tra operatori sanitari". Tra i fattori che potrebbero evitare tale fenomeno hanno ricevuto maggior assenso "uso di protocolli e procedure", "controlli ripetuti", "attenzione e scrupolosità" e "collaborazione tra colleghi".

In conclusione, si vince come i *near -*

misses siano una realtà da approfondire ulteriormente e quanto sia necessario considerare l'errore riconosciuto come un'occasione per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

INTRODUZIONE

Il rischio clinico esiste e viene regolarmente messo in prima pagina in occasioni di denunce per errori nelle cure. L'errore è una realtà poco nota e poco documentata. Emergono solo, come fatto di cronaca, i casi a esito più gravi.

Parlare di rischi derivanti dalle cure è un tema particolarmente delicato per molte categorie di persone. Delicato per gli operatori sanitari (infermieri, medici), sempre più angosciati dalla possibilità di commettere errori, di creare danni e di essere chiamati davanti ai giudici; delicato per gli amministratori delle strutture sanitarie, che devono mettere in conto premi assicurativi sempre più elevati; ma soprattutto delicato per i pazienti che si affidano alle strutture sanitarie avendo una cognizione più o meno conscia che le cure possano comportare alcuni pericoli, cognizione che spesso viene messa a tacere perché in conflitto con il concetto comune che le cure servono a guarire e non a creare ulteriori problemi sanitari.

Troppo spesso i pazienti sono vittime di "errori" nel contesto sanitario. Errori non tanto causati dal singolo individuo, ma piuttosto da una serie di situazioni inadeguate concatenate fra loro.

Gli autori hanno partecipato, a vario titolo, allo studio qualitativo multicentrico sui *near misses* promosso dal Collegio IPASVI di Roma in collaborazione con

l'Università di Toronto – Canada, in quanto il G.B. Grassi di Ostia era uno degli ospedali coinvolti. Proprio partendo da questo studio qualitativo è stata condotta una ricerca descrittiva osservazionale quantitativa sui "danni mancati", con lo scopo di ottenere una conoscenza più approfondita di questo fenomeno. Lo studio è stato realizzato grazie alla collaborazione del personale infermieristico dell'ospedale G.B. Grassi di Ostia.

MATERIALI E METODI CAMPIONAMENTO

Per ottenere una migliore rappresentatività è stato effettuato un campionamento di tipo casuale stratificato.

Sono state selezionate 14 Unità operative, considerate significative ai fini della ricerca, dell'ospedale G.B. Grassi di Ostia, raggruppate in tre aree (medica, chirurgica ed emergenza). Si è così ottenuto un campione di 71 infermieri, con una significatività del 95% ed un errore tollerato del 10%. (Tabella n. 1)

STRUMENTI

Per la raccolta dati è stato utilizzato un questionario anonimo composto da cinque domande chiuse a risposta multipla (vedi a pag. 6). Nell'elaborazione del questionario sono state adottate le stesse domande della ricerca qualitativa, mentre per le risposte a scelta multipla sono state utilizzate quelle che risultavano più frequenti dalle trascrizioni dei "focus group" realizzati ad Ostia ed è stato chiesto ai partecipanti di selezionare un massimo di quattro risposte tra le nove proposte.

AREA CHIRURGICA	TOT. INF.	29% INF.	AREA MEDICA	TOT. INF.	29% INF.	AREA EMERGENZA	TOT. INF.	29% INF.
Blocco operatorio	29	9	Cardiologia	25	7	D.E.A.	48	14
Blocco parto	13	4	Medicina Uomini	10	3			
Chirurgia Uomini	12	4	Medicina donne	14	4			
Chirurgia Donne	15	4	Rianimazione	15	5			
Ginecologia	14	4						
Oculistica	8	2						
Otorinolaringoiatria	8	2						
Ortopedia	11	3						
Dialisi	22	6						

Tabella 1 - campionato

	AREA MEDICA		AREA CHIRURGICA		DEA		TOTALI	
	Num. ass. inf.	%	Num. ass. inf.	%	Num. ass. inf.	%	Num. ass. inf.	%
Diploma I.P.	19	25	37	49	11	15	67	90
D.U.I.	0	0	3	4	4	5	7	9
Laurea in infermieristica	0	0	0	0	1	1	1	1
TOTALI	19	25	40	53	16	21	75	100
Formazione post - base	3	4	3	4	1	2	7	10
Altri titoli universitari	3	4	3	4	1	2	7	10
Nessun titolo post - base	13	18	32	45	12	17	57	80
TOTALI	19	26	38	53	14	21	71	100

Tabella 2 - caratteristiche del campione rispetto alla formazione infermieristica di base e post-base

Insieme al questionario è stata consegnata la lettera di presentazione dello studio ed il modulo da compilare con i dati demografici dell'intervistato.

RISULTATI

I questionari sono stati compilati da 71 infermieri, totale del campione selezionato. Dopo aver raccolto i questionari è stato possibile delineare, grazie alla scheda dei dati demografici, la formazione professionale del campione protagonista dello studio. Il 90% è risultato in possesso del diploma di Infermiere Professionale, il 9%

del diploma universitario ed il restante 1% della laurea in Infermieristica. (Tabella n. 2).

Analizzando specificatamente il questionario, rispetto alla prima domanda, si chiedeva agli intervistati quale risposta, tra le nove riportate, specificasse meglio la definizione di *near - miss*. In tutte e tre le aree esaminate (medica, chirurgica e DEA), prevalgono le stesse tre risposte: "evento che avrebbe potuto generare un incidente", "danno mancato" ed "errore evitato".

La seconda domanda si riferiva ad eventuali esperienze personali degli intervistati riguardo i *near - misses*.

La terza domanda chiedeva quali potessero essere i fattori contribuenti al verificarsi dei *near - misses*. Abbastanza alta risulta essere la percentuale, nel totale generale, riferita a "carico di lavoro eccessivo / carenza del personale infermieristico" (23%), a seguire "stress / stanchezza" (19%) e "carenza di comunicazione tra gli operatori sanitari" (13%), (Grafico n. 2).

La quarta domanda, invece, indagava sui fattori che potrebbero prevenire i *near - misses*. Il totale generale riflette quelli che sono i risultati delle tre aree analizzate singolarmente con: "uso appropriato di protocolli e procedure" (20%), "attenzione e scrupolosità" (15%), "controlli ripetuti" e "collaborazione tra colleghi" (14%), (Grafico n. 3).

Con l'ultima domanda si chiedevano suggerimenti per evitare l'accadimento dei *near - misses*. Emerge un'affinità di risposte in tutte e tre le aree prese in esame, che si compendiano nel totale generale: "uso di procedure e protocolli" (22%), "confronto tra colleghi per condividere gli errori" (18%) e "verifica continua dell'operato" (14%) (Grafico n. 4).

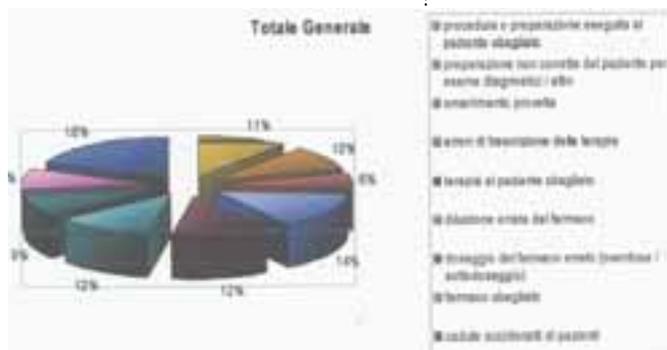


Grafico n. 1: Nella tua esperienza lavorativa, ti è mai capitato di compiere o assistere al verificarsi di un "near - miss"? Quale? Puoi scegliere tra il seguente elenco.



Grafico n. 2: Nella tua esperienza quali fattori possono contribuire a verificarsi dei *near-misses*?

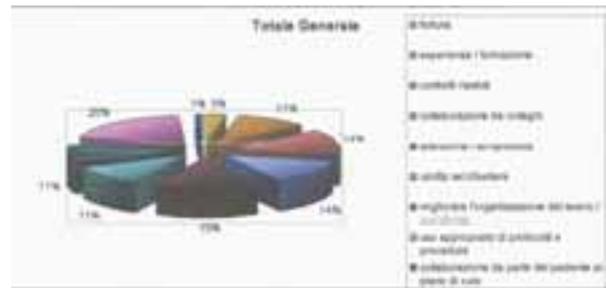


Grafico n. 3: Secondo te, quali fattori possono impedire ai *near-misses* di divenire incidenti veri e propri?

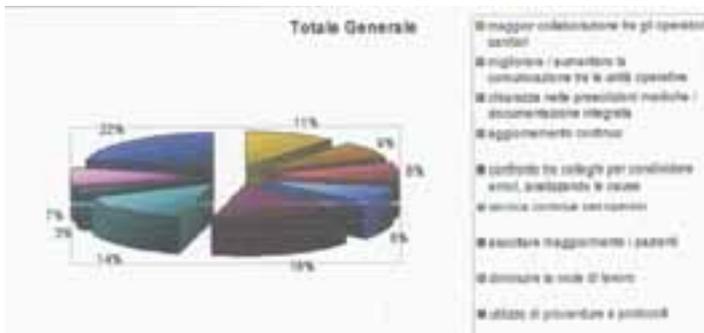


Grafico n. 4: Cosa suggeriresti per evitare o prevenire i *near-misses*.

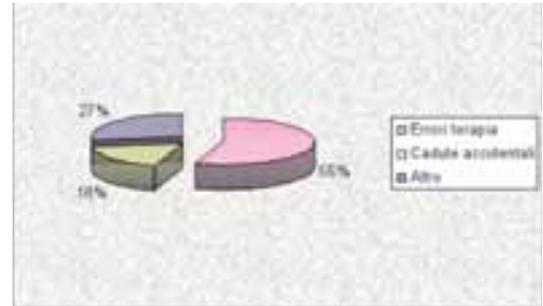


Grafico n. 5: rapporto tra gli "errori di terapia" assemblati e le "cadute accidentali".

DISCUSSIONE

Gli infermieri intervistati riconoscono i *near-misses* più frequenti nelle "cadute accidentali di pazienti" (18%), seguite da "errori di trascrizione della terapia" (14%), "terapia al paziente sbagliato" e "diluizione errata del farmaco" (12%). Nell'area emergenza si nota una netta prevalenza nelle "cadute accidentali di pazienti" (28%), dato che potrebbe sorprendere, ma risulta comprensibile a causa di una lunga permanenza dei pazienti sulle barelle, spesso in condizioni di confusione mentale e/o disorientamento spazio-temporale. Si ritiene non sia da sottovalutare la percentuale riferita a "smarrimento di provette" (16%) imputabile all'alto numero di prelievi effettuati anche in condizioni di emergenza. Risultano altresì minori gli errori associati alla terapia, in quanto la stessa viene somministrata immediatamente dal solo operatore presente al momento della prescrizione e non esiste il ripetersi di trascrizioni spesso causa di errori. Nonostante che, come si evince dal grafico n. 1, la percentuale più alta globale

delle tre aree risulti riferita alle "cadute accidentali", se sommiamo le risposte appartenenti alla categoria "errori di terapia" (errori di trascrizione della terapia [14%], terapia al paziente sbagliato, [12%], diluizione errata del farmaco [12%], dosaggio del farmaco errato [9%] e farmaco sbagliato [8%]), ecco che la loro percentuale (55%) supera decisamente quella delle "cadute accidentali" (18%), come illustrato dal Grafico n. 5. Si ritiene, infine, importante sottolineare il fatto che nell'esperienza lavorativa di un infermiere, la "caduta accidentale di un paziente" è un evento immediatamente riconosciuto, a differenza degli "errori di terapia" che, soprattutto se non arrecano un danno visibile, sono errori di cui l'operatore può anche non venire a conoscenza. Per quanto riguarda i fattori che possono contribuire all'accadimento di un *near-miss*, elaborando le risposte dalle tre aree, (Grafico n. 2), si desume che l'"eccessivo carico di lavoro e carenza del personale infermieristico" (23%) siano ritenuti i fattori maggiormente responsabili dei "danni mancati". Seguono "stress e stan-

chezza" (19%) conseguenza immediata e fortemente connessa ad un carico di lavoro eccessivo e "carenza di comunicazione tra gli operatori sanitari" (13%), comunicazione intesa come scambio di informazioni sui pazienti e i relativi trattamenti, atta a ridurre la possibilità di errore. Si può notare come, invece, sia sottovalutata dagli infermieri l'importanza dell'organizzazione. Colui che commette l'errore, spesso, non è che l'ultimo anello di una "catena dell'errore". A monte vi può essere un importante deficit organizzativo che, se non corretto, mette infine a repentaglio la sicurezza del paziente. Anche il fattore "inesperienza" ha ottenuto pochi consensi. La domanda relativa a quali fattori potessero evitare l'accadimento dei *near-misses* ha dato, come prevalenza di risposte, "uso appropriato di procedure e protocolli" (25%), "controlli ripetuti" (18%) e "attenzione e scrupolosità" (15%) (Grafico n. 3). Nell'area chirurgica si inserisce anche, con una percentuale rilevante, la "collaborazione tra colleghi", fattore da non sottovalutare, in quanto se nel lavoro di

équipe sono presenti sintonia, comunicazione e scambio produttivo di esperienze e pareri, il rischio di errore può diminuire significativamente. Nel DEA, invece, vengono messe in rilievo "attenzione e scrupolosità" (18%): fattori, in quest'area, di notevole importanza dato che, in condizioni critiche, la più piccola disattenzione potrebbe portare ad esiti infausti. Sarebbe stato desiderabile che fosse preso maggiormente in considerazione la "collaborazione da parte del paziente al piano di cure", in quanto è opinione ormai comune e consolidata che il paziente debba essere coinvolto e considerato parte attiva dell'intero processo terapeutico.

Infine, con l'ultima domanda, si chiedevano suggerimenti per evitare o prevenire i *near - misses*. In tutte le aree sono state tre le risposte prevalenti: "utilizzo di procedure e protocolli", "verifica continuo dell'operato" e "confronto tra colleghi", inteso come momento per condividere gli errori in senso fruttuoso, non per attribuirne la responsabilità a colui che abbia commesso l'errore, ma per analizzare le cause che potrebbero averlo scatenato in modo da evitarne il ripetersi. (Grafico n. 4). Nel DEA la percentuale della risposta "verifica continua dell'operato" (12%), è sovrapponibile a quella "diminuire la mole di lavoro", probabilmente perché in quest'area è maggiore lo stress psico - fisico a cui gli operatori sono sottoposti.

Molto poche, purtroppo, le risposte attinenti all'ascolto dei pazienti (3%), forse perché troppo presi dall'eccessiva mole di lavoro, dal tempo che sembra scorrere troppo veloce, dal pensiero di dover fare tanto e farlo in fretta, non viene dato un giusto spazio al dialogo con il paziente, dialogo che potrebbe essere un importante e preziosa fonte d'informazione attenta, magari, a salvaguardare la sua stessa salute.

CONCLUSIONI

Con questo lavoro abbiamo indagato il fenomeno dei *near - misses* in ambito sanitario ed abbiamo constatato come esso sia una realtà accertata, ma forse talvolta sottovalutata, probabilmente perché quando un errore viene riconosciuto

QUESTIONARIO

1. Secondo te, quali tra le seguenti definizioni è quella che specifica meglio il significato di *near - misses*? (max. 4 risposte)

- campanello d'allarme
- danno mancato
- tempestività d'azione
- situazione corretta all'ultimo momento
- errore evitato
- errore che si è verificato senza alcuna conseguenza
- qualcosa di evitabile
- evento che avrebbe potuto generare un incidente
- danno che insegna a prevenire

2. Nella tua esperienza lavorativa, ti è mai capitato di compiere o assistere al verificarsi di *near - misses*? Quale? Puoi scegliere tra il seguente elenco. (max. 4 risposte)

- procedura o preparazione eseguita al paziente sbagliato
- preparazione non corretta del paziente per esami diagnostici
- smarrimento provette
- errori di trascrizione della terapia
- terapia al paziente sbagliato
- diluizione errata del farmaco
- dosaggio del farmaco errato (overdose / sottodosaggio)
- farmaco sbagliato
- cadute accidentali di pazienti

3. Nella tua esperienza, quali fattori possono contribuire al verificarsi di *near - misses*? (max. 4 risposte)

- caos / confusione
- carenza di comunicazione tra gli operatori sanitari
- carico di lavoro eccessivo / carenza del personale infermieristico
- disattenzione / distrazione
- stress / stanchezza
- carenza di conoscenze / competenze
- carenze organizzative
- inesperienza
- eccessiva sicurezza / carenza di umiltà

4. Secondo te, quali fattori possono impedire ai *near - misses* di divenire incidenti veri e propri? (max. 4 risposte) fortuna

- esperienza / formazione
- controlli ripetuti
- collaborazione tra colleghi
- attenzione / scrupolosità
- umiltà nel chiedere
- migliorare l'organizzazione del lavoro / assistenza
- uso appropriato di protocolli e procedure
- collaborazione da parte del paziente al piano di cure

5. Cosa suggeriresti per evitare o prevenire i *near - misses*? (max. 4 risposte)

- maggior collaborazione tra gli operatori sanitari
- migliorare / aumentare la comunicazione nelle unità operative
- chiarezza nelle prescrizioni mediche / documentazione integrata
- aggiornamento continuo
- confronto tra colleghi per condividere gli errori, analizzando le cause
- verifica continua dell'operato
- ascoltare maggiormente i pazienti
- diminuire la mole di lavoro

e fermato in tempo senza recare danno al paziente, non si sente la necessità di discutere ed analizzare con l'équipe sulle cause che lo hanno determinato.

Globalmente, dalla disamina dei dati, emerge come i *near – misses* siano secondari soprattutto a carichi eccessivi di lavoro, carenza del personale infermieristico, accumulo di stress, insufficiente comunicazione tra gli operatori sanitari e sottovalutazione della collaborazione con il paziente.

A nostro parere, sarebbe auspicabile agire su tutte le variabili più o meno rilevanti, emerse da questo studio, che possano indurre all'errore, a partire dalla struttura organizzativa, primo e fondamentale

anello della catena di prevenzione dell'errore. E' proprio agendo su tali variabili che è possibile ottenere un miglioramento della sicurezza dei pazienti durante tutto il percorso assistenziale.

Sarebbe utile anche stimolare una maggiore apertura degli operatori sanitari verso una segnalazione spontanea di eventi avversi derivanti da errori, riuscendo a superare così la tendenza ad isolarsi, ed i timori delle conseguenze nel riconoscere gli errori commessi, cambiando in tal modo la concezione dell'errore: non più un fallimento individuale, ma un'occasione di miglioramento per l'intera organizzazione.

I limiti di questo studio possono essere

ravisati nel fatto che un modesto campione, limitato ad una singola realtà, non è in grado di rappresentare la situazione italiana e, per questo, sono auspicabili ulteriori ricerche di più vasta portata.

AUTORI

Teresa Compagnone, professoressa a contratto Med. 45 corso di laurea in Infermieristica Università Tor Vergata, Sedi SMOM e FBF.

Laura Soldà, professoressa a contratto Med. 45 corso di laurea in Infermieristica Università Tor Vergata e Master in Management Infermieristico sede Ostia.

Claudia Russo, laureanda in Infermieristica Università Tor Vergata, sede di Ostia.

IN PILLOLE

Retina, la via del trapianto

Il trapianto di cellule di retina può risolvere due gravi malattie della vista: la retinite pigmentosa e la degenerazione maculare senile. In una recente sperimentazione clinica su dieci pazienti non vedenti, il trapianto di cellule si è infatti dimostrato capace di migliorarne sensibilmente la vista. Per il trapianto gli esperti hanno utilizzato cellule fetali di retina. I pazienti non hanno riacquisito la vista ma hanno ottenuto un importante miglioramento della possibilità visiva e della capacità di captare la luce.

BIBLIOGRAFIA

- Gery LoBiondo-Wood. "Metodologia della ricerca infermieristica". 3 ed. Milano, McGraw-Hill, 1997.
- James A. Fain. "La ricerca infermieristica leggerla, comprenderla e applicarla". 2 ed. Milano, McGraw-Hill, 2004.
- M. Del Vecchio, L. Cosmi. "Il risk management nelle aziende sanitarie". 1 ed. Milano, McGraw-Hill, 2003.
- G. Del Poeta, F. Mazzufero, M. Canepa. "Il risk management nella logica del governo clinico". 1 ed. Milano, McGraw-Hill, 2006.
- A. Bosco. "Come si costruisce un questionario". 2 ed. Roma, Carocci, 2006.
- F. Pioggia. Medici e infermieri: "Troppi errori". Salute (inserto de "La Repubblica") 2006: 27.
- "La gestione del rischio clinico nella Regione Lazio"; 12 maggio 2006; Roma.
- "Assistenza infermieristica e sicurezza del paziente. Prevenire l'errore, imparare dall'errore"; 18 – 19 – 20 maggio 2006; Viterbo.

Nursing, la funzione del tutor clinico

Una visione nel passato, nel presente e una proiezione nel futuro

di Silvia Sferazza

*"Se date un pesce a un uomo, farà un solo pasto.
Se gli insegnate a pescare, mangerà per tutta la vita".*

ABSTRACT

L'articolo vuole essere un contributo finalizzato ad affermare l'efficacia del tutor clinico nell'iter formativo dello studente/infermiere.

Da sempre, nella formazione infermieristica, riveste un ruolo chiave l'attività di tirocinio, vista come un momento in cui i contenuti teorici trovano piena applicazione nella pratica. L'apprendimento è un processo dinamico, centrato sul discente e sulle sue potenzialità.

In quest'ottica il sistema tutoriale entra a pieno titolo nel percorso formativo dello studente.

La costruzione di una rete tutoriale, durante il periodo di tirocinio, rappresenta un elemento di sostegno, ma anche un valido strumento per facilitare l'apprendimento di nuove "skills" nella pratica assistenziale.

Il tutor clinico trasmette il suo bagaglio di conoscenze ed esperienze. Guida, sostiene, facilita l'apprendimento dello studente/tirocinante e diventa un esempio sul "cosa e perché fare" un intervento infermieristico e sul "come farlo".

Il tutor motiva e rende esplicite allo studente le ragioni ed i principi scientifici che sono alla base dell'assistenza. Affronta e discute su problemi etici che s'incontrano nella pratica infermieristica. Rende responsabile lo studente e sviluppa in lui

ragionamento clinico, pensiero critico e processo decisionale. Anche la dimensione relazionale che lega tutor a studente fa la differenza qualitativa nell'iter formativo dell'infermiere. Alcuni autori ritengono che un'adeguata relazione tutoriale risulti efficace per migliorare il livello di competenza degli studenti.

Da diversi anni, in Italia e all'estero, è stata introdotta la figura del tutor clinico allo scopo di scardinare metodologie obsolete e una vecchia visione dell'educazione centrata sul docente, invece che sul discente.

Oggi, si cerca di fare un ulteriore salto di qualità visto che in alcune aziende è stata proposta una nuova figura: il coordinatore clinico. Lo staff infermieristico organizzativo che adotta una strategia di questo tipo persegue l'obiettivo di:

- facilitare negli studenti l'acquisizione di competenze professionali e relazionali durante il periodo di tirocinio;
- orientare ed inserire, in tempi contenuti, il personale infermieristico neoassunto all'interno delle unità operative.

INTRODUZIONE

L'origine della parola TUTOR deriva dal latino *tutus*, participio passato del verbo *tueri* che letteralmente significa "difendere, proteggere".

Cos'è un tutor?

Ci sono diverse definizioni.

E' un insegnante universitario che segue un piccolo gruppo di studenti.

E' una persona capace di sviluppare nei discenti abilità ed atteggiamenti che facilitano l'apprendimento.

E' uno studioso, esperto nei processi comunicativi e relazionali che mantiene contatti costanti con lo studente o un gruppo di studenti per consigli personali riguardanti i progressi negli studi e nel comportamento.

E' un facilitatore dell'apprendimento di competenze professionali, che si avvale di metodologie attive capaci, cioè, di formare infermieri in grado di risolvere problemi, prendere decisioni e pensare criticamente.

Di fatto, la funzione tutoriale nasce nella cultura anglosassone nella quale il tutor era il precettore privato che veniva incaricato personalmente dell'educazione e dell'istruzione dei fanciulli appartenenti alla nobiltà inglese. Nella letteratura infermieristica anglosassone il concetto di tutor risale agli anni '60. La parola *preceptorship* appare nell'*International Index* già nel 1975 e, negli anni '80, i vantaggi della relazione tutor-infermiere novizio e tutor-studente descritti da alcuni autori hanno dato un forte impulso all'impiego del preceptor nelle scuole infermieristiche statunitensi e canadesi (1).

Nella clinica il tutor affianca lo studente per l'acquisizione di *clinical e communication skills*.

In questo approccio si crea un *feedback* continuo tra i due "attori" dell'apprendimento. Il tutor oltre ad avere responsabilità assistenziali, aiuta lo studente a superare il *gap* esistente tra formazione speculativa e formazione pratica. L'appren-

dimento della teoria si basa sull'interpretazione dell'esperienza, attraverso momenti di riflessione *in action*, cioè durante l'azione, e *on action*, cioè, dopo aver svolto l'azione.

In ambito universitario ci si riferisce per la prima volta al tutorato (interpretandolo come una funzione di orientamento dello studente nel percorso didattico), con il DPR n.382 del 1980 (2).

Per un riferimento più specifico alla figura del tutor e alla funzione tutoriale si dovrà attendere la legge 341/90: "Riforma degli ordinamenti didattici universitari".

Uno sguardo al quadro legislativo

Il DPR 11 luglio 1980, n.382 ("Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica"), all'art.10, comma 4 recita: "Le attività didattiche comprendono sia lo svolgimento dell'insegnamento nelle varie forme previste, sia lo svolgimento, nell'ambito di appositi servizi predisposti dalle facoltà, di compiti di orientamento per gli studenti, con particolare riferimento alle predisposizioni di piani di studio, ai fini anche delle opportune modifiche ed integrazioni sulla base dei risultati conseguiti dagli studenti stessi e delle meglio individuate attitudini e sopravvenute esigenze". Dieci anni più tardi, con la legge 19 novembre 1990, n.341 ("Riforma degli ordinamenti didattici universitari"), si entra più nello specifico in merito al tutorato. La 341 del 90 all'art.13, comma 13.1. recita: "Entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge ciascuna università provvede ad istituire con regolamento il tutorato, sotto la responsabilità dei consigli delle strutture didattiche".

Al comma 13.2. si specificano le attività del tutorato: "Il tutorato è finalizzato ad orientare ed assistere gli studenti lungo tutto il corso degli studi, a renderli attivamente partecipi del processo formativo, a rimuovere gli ostacoli ad una proficua frequenza dei corsi, anche attraverso iniziative rapportate alle necessità, alle attitudini ed alle esigenze dei singoli". Il servizio di tutorato, inoltre, svolge attività di collaborazione con gli organismi di sostegno al diritto allo studio e con le rappresentanze degli studenti, concorren-



do alle complessive esigenze di formazione culturale degli studenti e alla loro compiuta partecipazione alle attività universitarie.

Secondo l'allora ministro Antonio Ruberti questo articolo rappresentava uno degli aspetti più innovativi della legge ristrutturando profondamente l'università italiana e conferendo, nella competizione che caratterizza il mondo moderno, nuovo dinamismo alla sua capacità formativa (3).

Ad alcuni anni dall'introduzione della legge, la figura del tutor e l'attività di tutorato sono stati recepiti in modo differente a seconda delle interpretazioni avute nelle varie università italiane e facoltà. Il tutor è stato visto come colui che:

- coordina i corsi;
- facilita la costruzione curriculare;
- si preoccupa della gestione degli spazi e delle aule;
- aiuta gli studenti per problemi pratici e logistici;
- svolge attività in ambito professionale;
- supervisiona le esercitazioni pratiche;
- facilita l'apprendimento in piccoli gruppi (4).

La figura del tutor

Sono tanti i significati attribuiti al termine tutor presenti in letteratura.

Nel 1970 Malcolm Knowles (5), nel suo libro: "Quando l'adulto impara", affronta i due temi cruciali dell'apprendimento e dell'insegnamento. Ridisegna la figura e la funzione del formatore come organizza-

zatore di risorse al servizio del discente. Assegna un ruolo decisionale ai soggetti dell'apprendimento; rimette in discussione ruolo, capacità e atteggiamenti di chi governa i processi di apprendimento, si chiami tutor, docente, insegnante, manager...

Propone un modello di processo che egli chiamerà andragogia per distinguerla dalla pedagogia.

"Nell'istruzione tradizionale l'insegnante decide in anticipo quali conoscenze o abilità devono essere trasmesse, divide questo complesso di contenuti in unità didattiche logiche, sceglie i mezzi più efficaci per trasmettere questi contenuti (lezioni tradizionali, letture, esercizi di laboratorio, film, cassette)... Questo è un modello (o progetto) di contenuto. Il docente androgogico (facilitatore, consulente, change agent) prepara in anticipo una serie di procedure per COINVOLGERE i discenti..." (Malcolm Knowles)

"La differenza è che il modello contenutistico si occupa di trasmettere informazioni ed abilità, mentre il modello di processo si occupa di fornire procedure e risorse per aiutare i discenti ad acquisire informazioni ed abilità". (Malcolm Knowles) Spesso si fa l'errore di considerare l'insegnante ed il tutor interscambiabili nei ruoli e nelle funzioni. Il tutor ha responsabilità di carattere non solo intellettuale ma anche etica e professionale (6). L'apprendimento è un processo dinamico di interazione, nel quale il comportamento e l'esperienza del discente sono fondamentali.

"Il ruolo del tutor è di guidare e non diri-

gere, facilitare l'apprendimento e non fare lezioni magistrali, organizzare il lavoro in piccoli gruppi, aiutare i gruppi ad assumere progressivamente la responsabilità delle proprie attività, coordinare una valutazione efficace ed utile, e rappresentare un esempio di autoapprendimento orientato alla soluzione di problemi" (Jean-Jacques Guilbert).

"Insegnare questa o quest'altra scienza definita fondamentale non è fare in modo che essa si imprima nella mente del discente, ma piuttosto insegnargli a partecipare al processo che rende possibile la costituzione di un complesso di conoscenze. Insegnamo una materia non per produrre, sulla base di questa, piccole biblioteche viventi, ma piuttosto per guidare il discente a pensare da solo... La conoscenza è un processo, non un prodotto" (Jean-Jacques Guilbert).

Il tutor, dunque, è una figura esperta, capace di adattarsi alle singole situazioni, di valutare setting, contesti organizzativi, risorse disponibili, di promuovere e sostenere le potenzialità dello studente, creando un clima favorevole all'apprendimento.

Esistono due tipologie di tutor:

- **Il tutor didattico** o d'aula o di primo livello;
- **Il tutor clinico** o di reparto o di secondo livello.

Nel primo caso si tratta di professionisti che hanno la responsabilità di sostenere emotivamente e metodologicamente lo studente nel suo percorso di sviluppo personale e professionale.

Sono persone assegnate a tempo pieno alle sedi di formazione universitaria, si occupano della pianificazione dei corsi, dell'organizzazione delle lezioni, della gestione dei tirocini e degli esami.

Nel secondo caso ci si trova di fronte a professionisti che oltre ad avere responsabilità assistenziali, si dedicano alla formazione degli studenti in ambito clinico. Si tratta di infermieri capaci e motivati con abilità tecniche, relazionali, organizzative e valutative.

Il tutor clinico: passato e presente

"Gli studenti hanno bisogno di capire come la teoria si applichi nella pratica, perché di fronte al malato le cose non sono mai come le hai descritte in aula. Ti trovi

di fronte a situazioni sempre nuove ed estremamente complesse: devi essere in grado di scegliere la soluzione migliore tra le tante possibilità e questo in aula non è mai così evidente" (7).

Il tirocinio ha avuto da sempre un ruolo chiave nella formazione infermieristica perché permette la trasmissione di una cultura professionale legata ad una pratica in evoluzione (8). Si tratta di una forma di apprendimento finalizzata ad integrare e migliorare il sapere teorico, ma è anche occasione di esperienze formative non necessariamente programmate, che scaturiscono dalla contingenza degli eventi assistenziali(9).

L'apprendimento sul campo si traduce nell'acquisizione da parte degli studenti di abilità cognitive e relazionali quali:

- la capacità di osservazione;
- la capacità di riflessione;
- il senso critico e la consapevolezza di sé;
- la capacità di elaborare conoscenze nuove;
- l'abilità di strutturare il ragionamento diagnostico formulando ipotesi e verificandole sulla base dell' Evidence Based Nursing;
- la capacità di ricercare connessioni tra sapere speculativo e sapere esperienziale;
- la capacità di prendere decisioni e assumersi le relative responsabilità nell'ambito del piano assistenziale;
- la capacità di relazionarsi con il resto dell'equipe e sentirsi parte di essa.

In quest'ottica, riveste una valenza cruciale la figura del tutor clinico ed il rapporto che si instaura tra tutor e studente.

Colui che concorre alla formazione professionalizzante deve avere expertise clinica, pedagogica e relazionale. Nell'ampio panorama della letteratura internazionale, alcuni autori sostengono che nella scelta del tutor clinico, oltre alle competenze sopra-

citare, si debbano valutare altre qualità specifiche quali la capacità di:

- sostegno;
- osservazione;
- guida;
- facilitazione.

Sostenere vuol dire "stare accanto" allo studente, affiancarlo nella pratica clinica, mostrare fiducia nelle sue capacità, gratificarlo, discutere sui modelli di gestione dei casi clinici e sulle rispettive decisioni da prendere per risolvere i problemi.

Guidare acquista il significato di indurre lo studente all'osservazione prima e alla riflessione on action ed in action poi, per comprendere non solo il come eseguire una prestazione, ma anche la complessità assistenziale ed il contesto organizzativo nel quale quella prestazione viene erogata.

Facilitare vuol dire creare un ambiente sicuro, un clima positivo che stimoli l'apprendimento, la curiosità e l'interesse, la capacità di porre e porsi domande, Nell'attività di facilitazione, gli stili tutoriali adottati sono diversi:

- direttivo/non direttivo in cui il tutor si assume la responsabilità o la delega allo studente;



- di confronto/non di confronto in cui il tutor mette in discussione atteggiamenti e punti di vista creando momenti per l'autoconfronto;
- interpretativa/non interpretativa in cui il tutor rende espliciti i principi su cui si fonda l'attività svolta o da direttive sull'attività comportamentale da svolgere;
- strutturante/non strutturante in cui il tutor programma l'attività formativa oppure decide il contrario.

Questi schemi di facilitazione a poli opposti vengono scelti dal tutor in base alla situazione in cui si trova ad operare e a seconda dello studente che ha di fronte. Il tutor gioca un ruolo cruciale durante l'esperienza di tirocinio perché crea un clima educativo che contribuisce ad ottimizzare il processo di apprendimento e consente allo studente di esprimere al meglio le proprie potenzialità. Si è detto che un tutor esperto deve avere *expertise* clinica e psicopedagogica. La prima è legata all'esperienza e alla maturazione professionale; la seconda si realizza attraverso percorsi formativi diversificati. Per competenza clinica s'intende la capacità che un tutor possiede nel gestire casi clinici sulla base delle migliori evidenze disponibili; la conoscenza aggiornata dei risultati della ricerca scientifica in ambito infermieristico e l'adesione, sia a livello propositivo sia a livello progettuale, a programmi di ricerca.

Per *expertise* pedagogica s'intende la capacità di progettare percorsi formativi personalizzati attraverso l'elaborazione di contratti di apprendimento che tengano conto degli studenti nella loro diversità. I contratti di apprendimento coinvolgono i docenti d'infermieristica, il tutor clinico, lo studente ed il coordinamento infermieristico.

In questo modo si responsabilizzano tutti "gli attori" dell'apprendimento clinico. La progettazione comune del percorso formativo consente al tutor, insieme allo studente, di identificare:

- i bisogni d'apprendimento;
- gli obiettivi da raggiungere nei modi e nei tempi stabiliti;
- il momento della valutazione inteso dallo studente come autovalutazione della misura in cui ha raggiunto ed interiorizzato gli obiettivi di apprendimento.

Fig. 1 - Esempio di Contratto di apprendimento

Nome e Cognome dello studente:.....
 MATR.....
 Nome e Cognome del tutor clinico:.....
 Sede dell'attività di tirocinio:.....
 Periodo dell'attività di tirocinio: dal.....al.....

Obiettivi di apprendimento	Campi di apprendimento	Risorse e strategie di apprendimento	Prove e strumenti di valutazione	Valutatore: Chi e Quando
	Intellettivo			
	Gestuale			
	Comunicativo			

Firma dello studente:
 Firma del tutor clinico:

Inoltre, la collaborazione tra tutor clinici, coordinamento infermieristico ed infermieri docenti è finalizzata a fissare le condizioni che l'Unità Operativa, sede del tirocinio, deve avere per facilitare l'apprendimento.

Si tratta di condizioni organizzative, ambientali ed emozionali.

Le prime si riferiscono al numero degli operatori, al numero dei tutor clinici, al modello organizzativo adottato all'interno della sede operativa in cui verrà effettuata l'attività di tirocinio.

Per condizioni ambientali s'intendono le risorse strutturali, tecniche e tecnologiche (apparecchiature, illuminazione...). Le condizioni emozionali si riferiscono al clima organizzativo, agli atteggiamenti del gruppo di lavoro, al livello di accettazione dello studente all'interno dell'*équipe* operante nella Unità operativa, sede del tirocinio.

Si riporta in pagina un esempio di contratto di apprendimento tra tutor clinico e studente.

Un tutor esperto è in grado di trasmettere i principi su cui si basa la pratica clinica e di spiegare, caso per caso, quali sono le evidenze scientifiche che lo spingono a compiere un intervento infermieristico piuttosto che un altro.

Nell'intervista riportata sul testo "La storia nascosta. Gli infermieri si raccontano", Michela Piredda (10) racconta un'esperienza di tirocinio avuta nel reparto di oncologia del Policlinico universitario di Pamplona, in Spagna.

All'epoca veniva seguita, come tutto il

resto degli studenti, da una figura chiamata "istructoria de planta" che da noi si potrebbe tradurre con il termine di "caposala didattica".

Nell'intervista ricorda come una di queste istructoria abbia lasciato una traccia indelebile nella sua memoria: "Sono entrata con questa istructoria nella stanza di un paziente per una medicazione di una formazione vegetante esterna, sanguinante, terribile. Lei è stata perfetta davanti al paziente ed insieme abbiamo fatto quanto era possibile. Ma nel momento in cui siamo uscite dalla stanza, ho visto che il suo viso cambiava.. Si è appoggiata al muro e ha detto "Oh mio Dio!". Ricordo di avere avuto una sensazione di sollievo, perché anch'io ero sconvolta".

Quest'esperienza fa capire come la condivisione di emozioni così intense sia per lo studente un motivo di crescita umana oltreché professionale. Nel tirocinio la sofferenza e la morte non sono solo temi di cui parlare, ma esperienze con cui confrontarsi (11).

Il tutor trasmette il proprio bagaglio fatto di conoscenza e professionalità, ma è anche in grado di approfondire problematiche emozionali legate all'esperienza del dolore e della morte, attraverso le tecniche dell'ascolto attivo e partecipe.

Durante la pratica clinica diventa un esempio non solo sul "cosa fare e perché" ma anche sul "come fare", cioè, sul "come rapportarsi" con il paziente/utente e la sua famiglia.

Un tutor clinico competente guarda lo studente nella sua totalità, proprio perché l'apprendimento è un processo dinamico in cui le conoscenze teoriche, le abilità pratiche (il campo dei gesti), la sfera affettiva e quella relazionale interagiscono tra loro e si modificano continuamente per effetto di stimoli interni (es. motivazione) ed esterni alla persona. E nel futuro?

Da diversi anni, in Italia e all'estero, è stata introdotta la figura del tutor clinico allo scopo di affiancare lo studente nella sede di tirocinio e organizzare le sue esperienze cliniche in modo significativo, promuovendo lo sviluppo di competenze professionali e relazionali.

Oggi, si cerca di fare un ulteriore salto di qualità visto che in alcune aziende è stata proposta una nuova figura: il coordinatore clinico.

Lo scopo?

Facilitare l'apprendimento degli studenti nell'attività di tirocinio;

Orientare ed inserire, in tempi contenuti, il personale neoassunto nel contesto lavorativo.

Il coordinatore clinico ha attribuzioni funzionali differenti dal coordinatore gestionale.

Il primo gestisce attività di tutoraggio nei confronti degli studenti e del personale infermieristico neoassunto.

Il secondo svolge attività organizzative nell'unità operativa assegnata, del personale infermieristico o tecnico e di supporto alla stessa afferente (12).

Entrambi collaborano per garantire efficacia, efficienza e qualità delle procedure assistenziali.

Il coordinatore delle attività cliniche:

- orienta e sostiene lo studente durante tutto il periodo del tirocinio;
- pianifica l'inserimento dei nuovi infermieri attraverso programmi di affiancamento strutturati;
- coordina l'attività del personale addetto a predisporre i piani di lavoro nel rispetto della loro autonomia operativa (13);
- si confronta con gli altri coordinatori clinici della struttura al fine di migliorare la pratica clinica;
- collabora con il coordinatore gestio-

nale nell'elaborazione di protocolli allo scopo di standardizzare l'attività assistenziale;

- informa e coinvolge i colleghi nelle decisioni in ambito clinico pianificando riunioni infrasettimanali;
- coordina, controlla, valuta le attività cliniche del personale neoassunto e degli studenti avvalendosi di strumenti quali i contratti formativi specifici, le schede di valutazione, le check-list, momenti dedicati al *briefing* e *debriefing*;
- L'esperto clinico, diventa in questo modo, una risorsa importante perché promuove l'innovazione nella pratica clinica. Nel farlo, si basa sulle migliori evidenze scientifiche, sapendole, poi, contestualizzare, quale professionista esperto, nei vari *setting* clinici.

CONCLUSIONI

Il tirocinio ha una valenza centrale nella formazione dell'infermiere. Non è solo il momento in cui l'apprendimento teorico s'integra con quello pratico, ma è un'esperienza di vita che concorre alla crescita umana e professionale dello studente. E' qui che si gioca la differenza qualitativa dei futuri infermieri.

In quest'ottica, il sistema tutoriale entra a pieno titolo nel percorso formativo dello studente.

La costruzione di una rete tutoriale, durante il periodo di tirocinio, rappresenta un elemento di sostegno, ma anche un valido strumento per facilitare l'apprendimento di nuove *skill* nella pratica assistenziale.

Il tutor clinico riveste un ruolo cruciale durante l'esperienza di tirocinio perché crea un clima educativo che permette allo studente di esprimere al meglio le proprie potenzialità. Una dimensione relazionale positiva tra tutor e studente consente a quest'ultimo di sviluppare capacità più complesse quali: il ragionamento clinico, la riflessione, il pensiero critico ed il processo decisionale che non s'insegnano né con il sapere (teoria), né con il saper fare (pratica).

Oggi, nelle aziende sanitarie, si sta pen-

sando di inserire una nuova figura: il coordinatore clinico che gestisce attività di tutoraggio nei confronti degli studenti e del personale infermieristico neoassunto. Ha, quindi, attribuzioni funzionali differenti dal coordinatore gestionale con il quale collabora.

Un'ultima considerazione rispetto alla frase di Kuan Tzu (poeta cinese) che apre quest'articolo: "Se date un pesce a un uomo, farà un solo pasto. Se gli insegnate a pescare, mangerà per tutta la vita". Un tutor esperto è colui che sviluppa competenza professionale e capacità decisionale nello studente fino a renderlo autonomo alla fine del suo iter formativo.

AUTORE:

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

Note aggiuntive

(1)(11) M.G. De Marinis, O. Mazzaroni, M. Piredda. Il tutor clinico tra competenza e Formazione. *International Nursing Perspectives.*, Vol.2, N.3. Settembre/Dicembre 2002, pag. 136.

(2) C. Eulogio, G. De Ruvo, F. Ilari, N. Zorzi. Sperimentazione didattica di un sistema tutoriale nei Corsi di Laurea in Infermieristica. *Nursing Oggi*, N.3, 2006, pag. 25.

(3)(4)(6) L. Sasso, A. Lotti, L. Gamberoni. Il tutor per le professioni sanitarie. Carocci Faber, Roma, 2003.

(5) Malcolm S. Knowles, professore di formazione degli adulti e istruzione universitaria alla North Carolina State University, è una delle massime autorità degli Stati Uniti nel campo dell'educazione degli adulti e del training.

(7) S. Bombardi, M.G. De Marinis, D. F. Manara, G. Marmo, E. Martellotti, M. G. Montalbano et al. La storia nascosta. Gli infermieri si raccontano. A cura del Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, Ottobre 2004.

(8)(9) M.G. De Marinis, D. Tartagliani, M. Matarese, M. Piredda, P. Binetti. Modelli per la formazione clinica nel diploma universitario per infermiere. *Nursing Oggi*, N. 2, 1999.

(10) Michela Piredda. Docente di Scienze Infermieristiche, Università Campus Bio Medico di Roma.

(12)(13) S. Nicolai. Il coordinatore delle attività cliniche: utopia, esigenza o realtà? Indagine nazionale e proposta del Policlinico Universitario di Tor Vergata. *Infermiere Oggi*. Anno XVI, N.3. Luglio/Settembre 2006, pag. 27-30.

BIBLIOGRAFIA

- S. Bombardi, M.G. De Marinis, D. F. Manara, G. Marmo, E. Martellotti, M. G. Montalbano et al. "La storia nascosta. Gli infermieri si raccontano". A cura del Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, ottobre 2004.
- M.G. De Marinis, O. Mazzaroni, M. Piredda. Il tutor clinico tra competenza e Formazione. "International Nursing Perspectives", Vol.II, n. 3. settembre/dicembre 2002.
- M.G. De Marinis, D. Tartaglini, M. Matarese, M. Piredda, P. Binetti. "Modelli per la formazione clinica nel diploma universitario per infermiere". Nursing Oggi, n. 2, 1999.
- C. Eulogio, G. De Ruvo, F. Ilari, N. Zorzi. "Sperimentazione didattica di un sistema tutoriale nei Corsi di Laurea in Infermieristica". Nursing Oggi, n. 3, 2006.
- J.J Guilbert. "Guida pedagogica per il personale sanitario". Edizioni dal Sud, 2002.
- M Knowles. "Quando l'adulto impara". Franco Angeli, Milano, 2002.
- F. Mantovan. "Tutor e infermiere referente di tirocinio: una progettazione personalizzata per ridurre lo stress percepito dagli studenti". Nursing Oggi, n. 4, 2005.
- F. Myrick. "Preceptorship and critical thinking in nursing education". Journal of Nursing education, 2002; 41:154-165.
- S. Nicolai. "Il coordinatore delle attività cliniche: utopia, esigenza o realtà? Indagine nazionale e proposta del Policlinico Universitario di Tor Vergata". Infermiere Oggi. Anno XVI, n. 3. luglio/settembre 2006.
- L. Sasso, A. Lotti, L. Gamberoni. "Il tutor per le professioni sanitarie". Carocci Faber, Roma, 2003.
- J. Shamian, R. Inhaber. "The concept and practice of preceptorship in contemporary nursing: a review of pertinent literature". International Journal of Nursing Studies 1985; 22(2): 79-88.
- D. Tartaglini, C. Barros. "Continuing Education e sistema tutoriale: strategie organizzative per l'inserimento dei Nuovi Infermieri". International Nursing Perspectives, Vol. II, n. 3. settembre/dicembre 2002.
- G Trevisiol. "Il tutor dei processi formativi. Ruoli, competenze, formazione". Franco Angeli, Milano, 2002.

IN PILLOLE

Demenza, una brutta variante

Negli Stati Uniti è stata classificata una nuova forma di demenza, simile al morbo di Creutzfeldt-Jakob. La particolare variante della malattia ha colpito 16 persone uccidendone dieci e suscitando l'immediato allarme delle autorità sanitarie americane. Il caso è seguito costantemente da un gruppo di esperti del Centro di Sorveglianza Nazionale delle Malattie Prioniche presso il Case Western Reserve dell'Università di Cleveland, in Ohio. Nessuno conosce ancora l'origine di questa misteriosa malattia e le sue modalità di trasmissione. Ad oggi i sospetti si concentrano soprattutto in campo genetico.

La contenzione chimica e fisica nelle terapie intensive: un uso più razionale

di Marco Cioce, Antonella Lopardo, Maria Luisa Rega

BACKGROUND

La contenzione fisica e/o farmacologica è oggi argomento molto dibattuto nell'ambito delle strutture socio-sanitarie; in particolare è oggetto di attenta riflessione in ambienti quali le terapie intensive per i risvolti psico-fisici ai quali sono soggetti i pazienti ricoverati. Inoltre, in questi settori, si può manifestare una minore considerazione, da parte del personale sanitario, delle conseguenze cliniche e degli aspetti legali e giuridici correlati all'uso (anche improprio) dei mezzi di contenzione.

METODO

Revisione della letteratura scientifica sulla contenzione nelle Unità di Cura per acuti.

ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

La contenzione è praticata in numerose UO (sale operatorie, DEA, reparti di degenza, terapie intensive, ecc.) per evitare di far compiere ai pazienti, movimenti che possano recare loro danni, salvaguardandone così l'incolumità.

Ad oggi non sono disponibili dati attendibili relativi all'uso dei mezzi di contenzione in setting per acuti. Poli e Rossetti (2001)¹, hanno evidenziato come l'80% degli infermieri si trovano nella condizione di applicare mezzi di contenzione fisica (29% spondine per letto intero, 22% cintura per sedia, 15% bracciali a polsi e caviglie) durante l'assistenza infermieristica alle persone assistite.

Le situazioni cliniche più frequenti sono

legate al disorientamento nel tempo e nello spazio (31%), alla prevenzione delle cadute accidentali (27%), al trasporto in barella (24%).

Per quanto riguarda le UO di Terapia Intensiva, (ICU), Frezza (2000)² ha riportato dati sull'incidenza di auto-estubazione (AE) e sugli effetti delle limitazioni fisiche e delle sedazioni farmacologiche. La prevenzione dell'AE viene considerato come importante Indice di Qualità dell'assistenza (QI), date le serie complicazioni prodotte. Tale fenomeno è considerato evento comune nelle ICU, con incidenze che oscillano dal 3% al 16%.

Per ridurre il fenomeno di AE sono state adottate misure diverse. Tra queste: mezzi di contenzione fisica, sedazione, bende e nastri attorno al collo per assicurare, in sede, il tubo endo-tracheale.

Sono stati inoltre adottati criteri per la stima del rischio di AE e l'impatto delle limitazioni e delle sedazioni sul decrescere delle AE stesse (tabelle 1 e 2).

ASPETTI GIURIDICI

L'articolo 32 della Costituzione Italiana recita:

"La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."

Nel 2002 Il Joanna Briggs Institute (traduzione offerta da Fontana Centri studi EBN Bologna) definisce la contenzione fisica come: "Qualsiasi dispositivo, materiale o apparecchiatura fissata, o posta vicino, al corpo di una persona e che non può essere controllata, o rimossa facilmente dalla persona e che previene intenzionalmente o intende evitare il movimento libero del corpo della persona ad una posizione scelta e/o ad un accesso normale della persona al proprio corpo."

Anche i farmaci sono usati volutamente per controllare il comportamento.

Secondo Benci (2002)³ il problema della contenzione, in particolare della contenzione fisica, risale ad antica data. La contenzione fisica nasce in ambiente prevalentemente psichiatrico, all'interno della legislazione manicomiale che trova i suoi

1. Patient demonstrates behavior that is potentially or presently a danger to self or others
2. Altered mental status (dementia, etc)
3. Review of patient's chart and medications to find possible contribution to the situation
4. Patient is at risk to fall
5. Patient's tendency to grasp the ventilatory tube while not ready to be extubated
6. Recurrent seizures
7. Recurrent surgery
Treatments: reduce environment stimulus or treat possible contributing pathology, etc.

Table 2
Frequency of Self-Extubation and Related Factors

	Year				
	1993	1994	1995	1996	
Total patients admitted to ICU	1184	1331	1291	1283	5089 total
Patients intubated	598	659	614	657	2528 total
Number of self-extubations	60 (10%)	43 (7%)	30 (5%)	29 (4%)	162 total (6% average)
Patients restrained	36 (58%)	36 (74%)	23 (72%)	26 (90%)	74% average
Patients sedated	22 (39%)	25 (52%)	20 (77%)	15 (46%)	54% average
Patients reintubated	24 (41%)	20 (38%)	12 (42%)	13 (46%)	46% average
Patients weaned	2 (3%)	5 (33%)	4 (13%)	6 (16%)	16% average
7 AM-3PM shift	22%	37%	27%	34%	30% average
3-11 PM shift	37%	28%	50%	24%	35% average
11 PM-7 AM shift	40%	35%	23%	41%	35% average

fondamenti normativi nel 1904 e nel 1910. Nell'ottica di un sistema oggi ampiamente superato, la contenzione era già all'inizio del '900 considerata un mezzo a cui ricorrere "in casi eccezionali e con il permesso scritto del medico".

In particolare, queste leggi, offrivano le seguenti indicazioni: "... nei manicomi debbono essere aboliti i mezzi di contenzione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura del mezzo di coercizione...".

Sempre secondo Benci nella legislazione manicomiale il termine usato era coercizione, in quanto la valenza era prettamente custodialistica, mentre oggi la valenza data alla contenzione, presenta una prevalenza di carattere terapeutico-assistenziale.

La giurisprudenza da tempo ha stabilito la legittimità condizionata della contenzione fisica (sentenza del Tribunale di Milano del 4 aprile 1979) quindi, il suo ricorso lecito viene motivato da necessità terapeutiche. I mezzi di contenzione non devono in alcun modo avere una finalità punitiva, custodialistica ed assumere caratteri inumani. Devono inoltre essere proporzionati rispetto al fine terapeutico e soprattutto dovrebbero, in linea con l'ultimo comma dell'articolo 32 della Costituzione, essere attuati "nel rispetto della dignità della persona".

In relazione a quanto esposto possiamo definire la contenzione come un "atto medico prescrittivo".

Nella prescrizione è indispensabile precisare il mezzo contenitivo da usare e la durata.

L'uso dei mezzi di contenzione, sia fisica che farmacologica, è invece vietato per i pazienti in età pediatrica. Questo divieto è sancito dalla "Carta dei diritti del bambino ricoverato in ospedale" del Consiglio d'Europa, in cui si precisa che la "sicurezza del bambino non può essere ottenuta mediante mezzi di contenzione fisica, né la sua tranquillità può essere ottenuta mediante mezzi di contenzione chimica". Il Codice Deontologico dell'Infermiere (IPASVI 1999) recita: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento.

Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia un'implicita risposta alle necessità istituzionali".

METODI DI CONTENZIONE

Come si è visto, per controllare il comportamento dei pazienti ricoverati presso le unità di cura, laddove ne sussistano le indicazioni e le condizioni, vengono utilizzate varie forme di contenzione. In questo studio saranno analizzate le due forme "classiche": la contenzione chimica o farmacologica e la contenzione fisica.

Contenzione farmacologica. Peressutti (2002)⁴.

Nell'area critica la corretta gestione dei pazienti agitati si sta rapidamente dimo-

strandando sempre più cruciale in quanto, da numerosi studi, si evince che l'outcome dei pazienti può essere significativamente influenzato dalla terapia farmacologica; inoltre il management dei pazienti agitati ha un forte impatto sulle risorse delle terapie intensive in termini di riduzione del tempo di estubazione, riduzione della degenza, miglior comfort per il personale che vi opera, contenimento dei costi, riduzione dei contenziosi.

Le cause di agitazione sono multifattoriali, ed un'accurata diagnosi richiede un'attenta analisi della storia del paziente.

Le strategie farmacologiche si suddividono in due classi: la prevenzione ed il trattamento. La prevenzione comunemente fa parte della filosofia delle cure intensive e, frequentemente, il trattamento analgesico e sedativo viene somministrato in anticipo rispetto alle manifestazioni cliniche dello stato di agitazione.

L'approccio non farmacologico include una varietà di attività, dalla contenzione fisica all'approccio psicologico, che spesso provocano più danni o non vengono adeguatamente utilizzate.

L'intenzione di questa breve analisi dei problemi legati alla gestione di pazienti critici agitati è quella di fornire delle indicazioni pratiche per una corretta gestione degli stessi.

Una definizione unica dell'agitazione è difficile, in quanto i pazienti agitati manifestano il loro stato in vari modi: disorientamento nello spazio e nel tempo, movimenti continui, tendenza a togliersi ogni cosa (tubi, cateteri), incapacità a rappor-

tarsi con gli altri; alcuni pazienti sono in grado di rapportarsi con le persone che li circondano ma non hanno idea del posto in cui si trovano.

L'agitazione viene inoltre accentuata dalla presenza del dolore.

Va ricordato che i pazienti possono trovarsi in uno stato di agitazione anche se non lo manifestano, in particolare nel caso di degenti curarizzati, ma non adeguatamente sedati. Questa condizione va assolutamente evitata in quanto ne mantengono vivido ricordo che potrebbe avere effetti negativi a lungo termine.

I segni vitali sono generalmente alterati nei pazienti agitati. Si possono manifestare ipertensione arteriosa, tachicardia con potenziale rischio di ischemia miocardica, aumento del consumo di O_2 , tachipnea che può non permettere un'adeguata sincronizzazione con il ventilatore meccanico (risultando così l'aumento delle pressioni delle vie aeree, la riduzione della compliance toraco-polmonare, l'ipossigenazione e l'ipercapnia).

La sindrome di agitazione può essere causata da diversi fattori che includono il disconfort dovuto alla presenza del tubo endotracheale, dei cateteri, dei tubi di drenaggio. Infine l'ambiente delle aree critiche che di per sé, con il rumore di fondo e le luci sempre accese, altera il ritmo sonno veglia e non consentono l'intimità.

Come già descritto precedentemente, una significativa causa scatenante l'agitazione, soprattutto nel periodo post operatorio dei pazienti chirurgici e nei traumatizzati, è la mancanza di un adeguato controllo del dolore da parte del personale medico, per la sempre presente ed a volte ingiustificata paura degli effetti collaterali degli oppioidi sul sistema respiratorio e cardiovascolare.

Il periodo di degenza in terapia intensiva è caratterizzato dall'uso di molti farmaci, che possono dare luogo ad interazioni non sempre prevedibili ed essere responsabili di agitazione e confusione. Questi agenti includono le benzodiazepine, gli oppioidi, i curari, gli anticolinergici, gli alogenati utilizzati anche in sala operatoria. Alcuni farmaci da soli, come il lorazepam e gli anticolinergici, sono in grado di creare gravi stati di agitazione, in particolar modo nelle persone anziane. L'ipossiemia per valori di PaO_2 inferiori a

60 mmHg, l'ipotensione e le alterazioni metaboliche, sono spesso causa di agitazione nei pazienti critici.

La sindrome di astinenza da oppioidi, da cocaina, da sedativi, da alcool, e, talvolta nei tabagisti, l'astinenza da nicotina, possono indurre modificazioni fisiologiche cerebrali e provocare gravi stati di agitazione.

Un paziente agitato deve essere valutato attentamente per poter escludere ogni causa potenzialmente pericolosa come: l'ipossiemia (valutando le modalità di ventilazione), le alterazioni metaboliche, le alterazioni neurologiche (che richiedono al minimo sospetto l'esecuzione di una TC ed in alcuni casi di una RMN); il dolore, comunque, andrebbe eliminato. Tra le cause di agitazione vi sono, inoltre, situazioni quale la presenza dei tubi di drenaggio e lo spasmo della vescica, secondario al posizionamento del catetere.

Le infezioni sono causa di agitazione, anche se più spesso provocano letargia. Nella sepsi si ha una modificazione degli aminoacidi plasmatici e cerebrali, inoltre la sepsi comporta un'alterata perfusione cerebrale. L'insufficienza renale ed epatica comportano diversi livelli di agitazione.

Va ricordato che, nella diagnosi differenziale, bisogna sempre pensare all'attività epilettica che può essere confusa con semplice agitazione psicomotoria. Nel sospetto bisogna far eseguire un EEG per definire la diagnosi.

Occorre segnalare che, nonostante l'ansietà e l'agitazione del paziente critico siano eventi comuni, non è facile individuare una

chiara strategia di trattamento.

Il monitoraggio dello stato di agitazione, viste le diverse manifestazioni cliniche, deve essere eseguito mediante l'applicazione di scale di monitoraggio. La scala di valutazione ideale per monitorare lo stato d'agitazione deve essere semplice da applicare ed in grado di valutare in tempo reale i cambi dello stato psico-fisico.

La Scala di Ramsay⁵, per la valutazione della sedazione, sembra rispondere ai suindicati criteri:

Level Response

- 1 Patient awake and anxious, agitated, and/or restless
- 2 Patient awake, cooperative, accepting ventilation, oriented, and tranquil
- 3 Patient awake, responds to commands only
- 4 Patient asleep; brisk response to light glabellar tap or loud auditory stimulus
- 5 Patient asleep; sluggish response to light glabellar tap or loud auditory stimulus but does respond to painful stimulus
- 6 Patient asleep, no response to light glabellar tap or loud auditory stimulus.

L'importanza dello sviluppo dei protocolli di sedazione viene sottolineato dallo studio di Brook (1999)⁶, che ha dimostrato che un protocollo di sedazione comporta: una riduzione dei giorni di ventilazione meccanica, una riduzione dei giorni di degenza in terapia intensiva ed una diminuzione del numero dei pazienti destinati alla tracheotomia.

L'interruzione quotidiana dell'infusione





dei sedativi, inoltre, ha dimostrato una riduzione della durata della ventilazione meccanica da 7,3 giorni a 4,9 giorni, permettendo una migliore valutazione dello stato neurologico.

Analgesici e sedativi sono gli elementi base nella gestione del paziente critico che spesso accusa dolore a causa di fattori chirurgici, medici, del disadattamento all'ambiente e/o di stress addizionali.

Il delirio ed altri effetti della degenza in TI necessitano di terapie idonee per prevenire o alleviare lo stato di agitazione.

In generale viene raccomandato che i pazienti in TI abbiano un livello sufficiente di analgesia, di solito con oppioidi, prima di essere sottoposti a sedazione con benzodiazepine. Per il trattamento del delirio viene più spesso utilizzato l'aloperidolo.

La scelta del farmaco più idoneo dipende da molti fattori: la patologia di base, l'età del paziente, la previsione di durata della ventilazione meccanica, la previsione di durata della degenza, la presenza di patologie concomitanti e/o predisponenti.

Il mantenimento di un'adeguata sedazione è uno dei fattori cardine del trattamento dei pazienti critici. La ventilazione mec-

canica spesso induce ansia, dolore e, talvolta, non adattamento al respiratore automatico. L'uso di farmaci idonei riduce lo stress ed il consumo di ossigeno aumentato che ne deriva. L'analgesia costituisce inoltre un fattore molto importante nella terapia dei pazienti critici. Il dolore prolungato può indurre ansia, anche delirio, e riduzione delle difese immunitarie. Obiettivi della terapia sedativa, dopo aver conseguito un buon livello di analgesia, sono il controllo dell'ansia, l'ipnosi e l'amnesia. Non tutti i farmaci sono idonei e dosaggi plasmatici simili possono avere risultati diversi in pazienti diversi.

I farmaci disponibili presentano caratteristiche diverse e nessuno corrisponde completamente al sedativo ideale; è necessario conoscere i diversi effetti per effettuare una scelta corretta.

OPPIOIDI

Liposolubili a basse dosi danno analgesia ma non riducono l'ansia, e ad alte dosi invece, agiscono come sedativi.

La morfina induce liberazione di istamina e conseguente ipotensione; la frequenza respiratoria, il volume minuto e la sensibilità del centro del respiro si riducono. Il Fentanyl, 100 volte più potente della morfina e molto liposolubile, ha un'azione immediata con breve emivita; non libera istamina e può indurre facilmente depressione respiratoria. E' di scelta per pazienti con emodinamica poco stabile. Inoltre, ha modesti effetti sulla pressione arteriosa.

Remifentanyl ha una emivita molto breve ed un inizio di azione molto rapido. Tutti gli oppioidi causano: depressione respiratoria (ciò può condizionare lo svezzamento dal ventilatore), effetti collaterali gastrointestinali (nausea, vomito, ileo-paralitico) e dipendenza se somministrati per lungo tempo.

BENZODIAZEPINE (BDZ)

Gli effetti di tali farmaci sono: riduzione dell'ansia, e l'amnesia; non sono analgesici. Tra i più comuni troviamo: il diazepam, il lorazepam e il midazolam. Hanno tutti un metabolismo epatico, una farmacocinetica molto diversa e possono andare incontro a tachifilassi.

PROPOFOL

E' un sedativo ipnotico, non analgesico, broncodilatatore, antiepilettico e dotato anche di azione miorilassante. Altamente liposolubile, presenta una rapida penetrazione nel SNC con un inizio d'azione quasi immediato (1-2min.) e ridotta emivita (10-15min); viene preferita la somministrazione in infusione anche se l'uso prolungato può provocare accumulo di lipidi. Ha un potente effetto depressivo respiratorio, vasodilatatore e ipotensivo specie se somministrato in bolo; l'infusione continua ha minore effetto emodinamico, in particolar modo se è stato garantito un adeguato riempimento volumico. Nonostante l'uso prolungato, il risveglio avviene in tempi rapidi.

La farmacocinetica non viene alterata in caso di insufficienza epatica o renale.

L'infusione continua di alte dosi può provocare anche nell'adulto grave insufficienza cardiaca.

Tuttavia diversi studi in pazienti cardiocirurgici dimostrano che il livello di sedazione è controllato più facilmente col propofol che col midazolam; c'è tuttavia un aumento di incidenza di episodi di ipotensione in confronto al midazolam e quindi non è raccomandata la somministrazione di boli.

Nella maggior parte degli studi il tempo di svezzamento dal ventilatore è significativamente più breve col propofol. Valutando i costi, il beneficio economico del propofol è legato ad una minor degenza in terapia intensiva. Alcuni studi evidenziano tempi più brevi per quanto riguarda lo svezzamento dal ventilatore ed il recupero neurologico. Il costo del trattamento di per sé è stato maggiore col propofol, ma il gruppo trattato con midazolam ha richiesto costi aggiuntivi nella fase post trattamento legati alla prolungata degenza in TI.

E' necessario tuttavia fare attenzione agli effetti collaterali con l'uso di dosi elevate:

- ipotensione;
- bradicardia;
- ipertrigliceridemia;
- depressione respiratoria.

ALOPERIDOLO

È il farmaco di scelta nel trattamento del delirio (evento abituale nei pazienti in ICU identificato come agitazione incontrollata).

Nei pazienti critici, l'effetto inizia dopo 30-60 minuti; non dà depressione respiratoria. I pazienti trattati sembrano più calmi e danno risposte più adeguate.

Riassumendo, la contenzione farmacologica rappresenta un elemento integrante della terapia del paziente critico; è indicata in un ampio ventaglio di situazioni e di pazienti critici.

I farmaci sedativi non sono usati solo per la sedazione, il loro uso corretto migliora il comfort e la sicurezza dei pazienti, ma una scelta inappropriata e un dosaggio scorretto possono aumentare la mortalità, la morbilità e i costi.

La sedazione va instaurata solo dopo aver garantito una idonea analgesia. Qualora ve ne sia l'indicazione, la contenzione farmacologica va instaurata prontamente. Questa si basa sull'uso combinato di diversi farmaci, la scelta dei quali va mirata sulla base delle caratteristiche del paziente.

L'infusione continua rappresenta il modo più idoneo di somministrazione dei farmaci sedativi in quanto associata a minori effetti collaterali ed a minori costi. Il pronto trattamento del delirio riduce la degenza in terapia intensiva ed in ospedale e la possibilità di complicanze anche gravi.

Per la contenzione farmacologica dei pazienti di area critica, è necessaria la conoscenza degli effetti collaterali dei farmaci; l'uso corretto dei quali, meglio se sulla base di protocolli condivisi secondo le linee guida internazionali, riduce i costi e le complicanze.

Contenzione fisica. Duso (2002)⁷

Come già accennato, per contenzione fisica si intende "uno strumento applicato al corpo, o a parti di esso, o nell'ambiente circostante l'individuo, atto a limitare la libertà dei movimenti volontari del corpo stesso o di una sua parte" (Evans 1991).

Si conoscono diversi tipi di contenzione fisica tra i quali:

MEZZI DI CONTENZIONE PER IL LETTO

Fasce di materiali diversi e con chiusure diverse (tipo velcro, a cintura) che si fissano trasversalmente al letto e limitano moltissimo la mobilità del paziente. Sono sconsigliati per i pazienti con disturbi cognitivi, sia per la compressione che creano a carico degli organi interni, sia per le dislocazioni del mezzo di contenzione durante i tentativi di manipolazione, al fine di liberarsene, da parte del paziente stesso. La maggior parte dei letti, ormai, è provvista fin dalla consegna di sponde di protezione "incorporate" o "a scomparsa", tanto è vero che spesso l'uso della sponda diventa più automatico che terapeutico/riabilitativo.

MEZZI DI CONTENZIONE PER LA SEDIA

Gli ausili sono molti. I più usati sono:

1. la classica cinghia pettorale;
2. bretellaggi e corsetti morbidi;
3. imbracature inguinali (possono essere usate singolarmente o assieme ai corsetti bretellati).

MEZZI DI CONTENZIONE PER SEGMENTI CORPOREI

Si tratta di polsiere e cavigliere, generalmente collegate a strutture fisse come il letto, reggibraccio per infusione venosa e altri tipi di splint di postura o di tutori. Esistono poi i bracciali di immobilizzazione usati solitamente in situazioni di emergenza e nel caso di autolesionismo. Sono

particolarmente indicati nei casi di TSO e in quei pazienti che hanno bisogno di trattamenti sanitari strettamente necessari per l'immediato benessere (ICU).

Occorre ricordare che la prescrizione è di competenza medica, ma l'infermiere può decidere di applicare una contenzione nei casi d'emergenza, valutata quanto prima dal medico. Esistono diversi tipi di schede di contenzione, l'importante è che in esse sia indicata la motivazione, il tipo di contenzione e la durata. La durata deve essere limitata nel tempo. Significa che non può superare le 12/24 ore consecutive a meno che le condizioni del paziente non lo richiedano. La necessità di prolungare o ridurre (fino a sospendere) l'uso della contenzione deve essere valutata all'interno della Unità Operativa, verificando le reali condizioni del paziente. Durante detto periodo il paziente va controllato ogni 20-30 minuti (dipende dal tipo di paziente, situazione clinico-fisica) e la decisione deve essere rivista qualora non sussistano più le motivazioni che hanno portato alla contenzione. Se la contenzione è notturna si deve garantire comunque al paziente la possibilità di movimento delle articolazioni almeno 10-15 minuti ogni 2-3 ore. Ricordiamoci che gli effetti dannosi della contenzione sono sempre molti (traumi meccanici, incontinenza, lesioni da decubito, aumento dell'ansia e dell'agitazione, ecc). Per questo è bene effettuare dei controlli sul paziente ogni 3-5 ore (in questi casi è stato stimato un aumento dei tempi di assistenza da 3 ore a 5 ore/die/paziente).



Non vengono considerati mezzi di contenzione fisica:

- 1 i bracciali che impediscono la flessione del braccio;
 - 2 le spondine che proteggono metà letto.⁸
- Sempre il Joanna Briggs Institute⁹ riporta come siano numerose e frequenti le lesioni collegate alla contenzione fisica. Considerano due tipi di lesione. Il primo tipo riguarda le ferite dirette provocate dalla pressione esterna del dispositivo contenitivo e comprende le abrasioni, le lacerazioni, o lo strangolamento. Il secondo tipo riguarda le ferite indirette o gli esiti avversi. Queste lesioni sono dovute all'immobilità forzata di una persona e comprendono un aumentato tasso di mortalità, lo sviluppo delle lesioni da pressione, le cadute, o l'impossibilità di tornare al domicilio dopo la dimissione.

1. Lesioni Dirette

Nella letteratura ci sono poche informazioni sulla prevalenza di lesioni correlate alla contenzione. Un piccolo numero di casi studiati li riporta includendo:

LESIONI NERVOSE

Sono causate dalla combinazione di dispositivi di contenzione da applicare al tronco (simili a corpetti) e dai polsini di contenzione a pazienti con la testata del letto elevata: la forza di scivolamento verso il basso, causata dai polsini di contenzione, determina la risalita, con arrotolamento, del corpetto fino alle ascelle ed esercita una pressione sul plesso brachiale distale.

LESIONI ISCHEMICHE

Dovute a contrattura ischemica dei muscoli intrinseci di entrambe le mani, a seguito di 48 ore di contenzione delle stesse contro il bacino con una cinghia di cuoio.

ASFISSIA

Un certo numero di articoli ha identificato che esiste un collegamento tra l'uso dei dispositivi di contenzione ed asfissia. In questi documenti la persona è rimasta intrappolata nel dispositivo, o è stata trovata appesa al dispositivo (tipicamente mentre tentava di arrampicarsi dal letto o da una sedia).

MORTE IMPROVVISA

Due studi descrivono la morte improvvisa

in seguito a un periodo prolungato di agitazione e di lotta contro la contenzione.

MORTE

Le indagini sui certificati di morte hanno dimostrato che un certo numero di morti sono avvenute come conseguenza dei dispositivi fisici di contenzione.

2. Lesioni Indirette

Anche un certo numero di lesioni indirette è stato collegato all'uso dei dispositivi fisici di contenzione. Tuttavia il collegamento tra i dispositivi di contenzione e questo tipo di lesioni è più difficile da dimostrare, quindi è importante usare cautela nell'interpretazione di queste informazioni. Gli studi dimostrano che i pazienti ospedalizzati sottoposti a contenzione sono maggiormente esposti al rischio di caduta, hanno degenze di maggiore durata, incorrono nelle infezioni nosocomiali, hanno un'aumentata mortalità, e più difficilmente alla dimissione tornano al domicilio rispetto ai pazienti che non sono sottoposti a contenzione.

UN UTILIZZO PIU' RAZIONALE

Vi è una crescente preoccupazione rispetto all'uso della contenzione fisica nelle unità di cura e molte istituzioni sono alla ricerca delle modalità con cui ridurre l'uso.

Le indicazioni presenti in letteratura sono in parte contraddittorie e vengono proposti diversi approcci alla minimizzazione della contenzione. Vediamone alcuni:

- A.** Il Joanna Briggs Institute ha condotto una revisione sistematica focalizzata su questo problema, individuando un certo numero di questioni che comprendono:
- Programmi per la minimizzazione della contenzione. I programmi di riduzione della contenzione diminuiscono in modo sicuro l'uso dei presidi contenitivi?
 - Componenti dei programmi per la riduzione della contenzione. Quali sono le componenti dei programmi della riduzione della contenzione riportate in letteratura?
 - Alternative alla contenzione. Quali interventi sono stati utilizzati in alternativa alla contenzione fisica o per ridurre il bisogno di contenzione?¹⁰
- In questo lavoro, la revisione del Joanna

Briggs Institute, è stata rappresentata schematicamente attraverso l'utilizzo di un diagramma di flusso con il tentativo di adattamento alla realtà delle terapie intensive (allegato 1).

In tale rappresentazione ad ogni simbolo corrisponde un preciso tipo di operazione; è un metodo semplice da imparare ed offre una immediata percezione del flusso di esecuzione delle istruzioni.

B. L'American College of Critical Care Medicine (Task Force 2001/02)¹¹ ha pubblicato nel 2003 delle linee guida sulla corretta gestione dei pazienti ricoverati presso le ICU e sul corretto uso dei sistemi di contenzione. Queste raccomandazioni di "forza C" (esiste sostanziale incertezza che la loro applicazione possa determinare un miglioramento) sono sintetizzate nei seguenti punti:

Utilizzare mezzi contenitivi sicuri e ridurre l'uso. L'obiettivo è quello di preservare la dignità ed il comfort dei pazienti garantendo comunque l'adeguatezza delle cure mediche.

I mezzi contenitivi dovrebbero essere utilizzati quando le condizioni cliniche lo richiedono realmente e non di routine. I rischi di eventi avversi derivanti dal non uso di mezzi contenitivi devono essere maggiori delle conseguenze etiche, psichiche e fisiche derivanti dal loro uso.

Valutare, laddove ve ne sia l'indicazione, l'uso di mezzi alternativi alla contenzione. Per ridurre il ricorso è necessario sempre considerare le alternative possibili.

La scelta del mezzo contenitivo dovrebbe essere l'opzione meno invasiva possibile ed in grado di ottimizzare il comfort, la sicurezza e la dignità del paziente.

Il ricorso all'uso del mezzo contenitivo deve essere documentato e motivato. La prescrizione deve essere limitata alle 24 ore. Se necessario ripetere la prescrizione al termine delle 24 ore. La possibilità di ridurre o interrompere la terapia deve essere valutata ogni 8 ore.

I pazienti devono essere monitorizzati ogni 4 ore per evidenziare possibili complicazioni dovute all'uso dei mezzi di contenzione; più frequentemente se agitati o se indicato clinicamente. Ogni verifica delle complicanze deve essere documentata.

I pazienti ed i loro famigliari andrebbero edotti sulle motivazioni e sulla natura della terapia contenitiva.

Gli analgesici, sedativi e neurolettici usa-

ti nel trattamento del dolore, dell'ansia e dei disturbi psichici nei pazienti ricoverati presso le ICU andrebbero usati per mitigare la necessità di terapie contenitive e non sovrautilizzate come metodo contenitivo farmacologico.

I pazienti sottoposti a miorsoluzione devono avere una adeguata sedazione, amnesia ed analgesia. L'uso di miirilassanti richiede una valutazione frequente del blocco neuromuscolare per minimizzare le gravi sequele associate alla prolungata paralisi. Gli agenti miirilassanti non dovrebbero essere usati come mezzi di costrizione farmacologica a meno che non sia indicato dalle condizioni del paziente.

CONCLUSIONE

La contenzione, intesa come "atto medico prescrittivo", è pratica comune nelle ICU. Evita di far compiere ai pazienti movimenti che possano recare loro danni salvaguardandone l'incolumità. Nei casi in cui si possa prevederne l'uso occorre, preventivamente, informare i degenti sulle modalità di applicazione degli stessi ed ottenerne il consenso. La contenzione farmacologica rappresenta un elemento integrante della terapia per il paziente critico. Ne migliora il confort e la sicurezza, ma una scelta inappropriata e un dosaggio scorretto possono aumentare la mortalità, la morbilità e i costi. La contenzione fisica deve avere una

chiara motivazione ed una durata limitata nel tempo dati i numerosi effetti dannosi: traumi meccanici, incontinenza, lesioni da decubito, aumento dell'ansia e dell'agitazione.

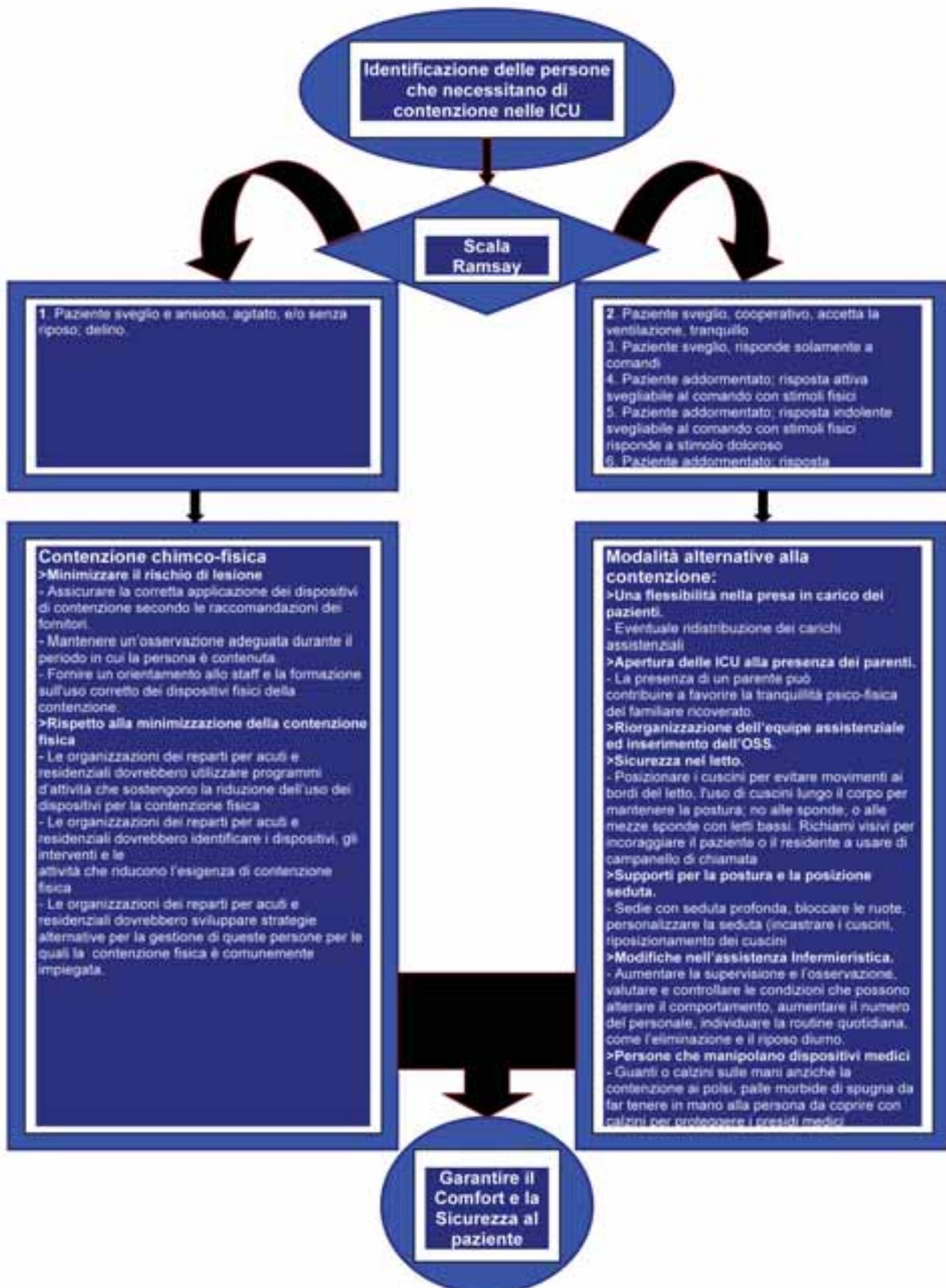
E come già precedentemente riportato il Codice Deontologico dell'Infermiere rimarca questo tipo di impostazione, non respingendo a priori il ricorso ai metodi di contenzione (che sono di provata efficacia), a condizione che il suo impiego sia limitato a circostanze motivate e straordinarie.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Poli N, Rossetti AML. Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica. *Nursing Oggi* 2001; 4.
- 2 Frezza EE, et al. A Quality Improvement and Risk Management Initiative for Surgical ICU Patients: A Study of the Effects of Physical Restraints and Sedation on the Incidence. *American Journal of Medical Quality* 2000; 15 (5): 221-5
- 3 Benci L. Aspetti giuridici della contenzione. Atti del corso di aggiornamento "La contenzione fisica e farmacologica nell'assistenza del 2000". 2002. Portogruaro (VE).
- 4 Peressutti R, et al. Contenzione farmacologica nei pazienti critici. Atti del corso di aggiornamento "La contenzione fisica e farmacologica nell'assistenza del 2000". 2002. Portogruaro (VE).
- 5 Hansen-Flashen J, Cowen J, Palomano RC. Beyond the Ramsay scale: Need for a valid measure of sedating drug efficacy in the intensive care unit. *Crit Care Med* 1994; 22: 732-733
- 6 Brook AD, Ahrens TS, Schaiff R, et al. Effect of a nursing-implemented sedation protocol on the duration of mechanical ventilation. *Crit Care Med* 1999; 27: 2609-2615
- 7 Duso M. La contenzione fisica. Atti del corso di aggiornamento "La contenzione fisica e farmacologica nell'assistenza del 2000". 2002. Portogruaro (VE).
- 8 Fascio V. La contenzione in fisica in psichiatria: reclusione o nursing? Giornata di studio sulla contenzione fisica e farmacologica. Colleggio IPASVI. 2004 Pistoia.
- 9 The Joanna Briggs Institute. Best Practice. Physical Restraint - Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities. Volume 6, Issue 3, 2002 ISSN 1329-1874 The Joanna Briggs Institute. Best Practice. Physical Restraint - Part 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities. Volume 6, Issue 4, 2002 ISSN 1329-1874
- 10 Marson R. La contenzione in area critica: proposta di modalità alternative. Atti del corso di aggiornamento "La contenzione fisica e farmacologica nell'assistenza del 2000". 2002. Portogruaro (VE).
- 11 Maccioli GA, et al. Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: Use of restraining therapies-American College of Critical Care Medicine. Task Force 2001-2002. *Crit Care Med* 2003; 31 (11).

La contenzione chimica e fisica nelle terapie intensive: un uso più razionale

Allegato 1: Revisione del Joanna Briggs Institute



Il paziente affetto da cirrosi epatica: necessita' di approcci assistenziali infermieristici innovativi, importanza di quelli tradizionali, relative implicazioni etiche e legali

di Roberta De Luca

La cirrosi epatica, una patologia notoriamente caratterizzata da molteplici e gravi complicanze, rappresentando, quindi, una importante causa di morbosità e mortalità, è stata descritta per la prima volta, come una particolare degenerazione del fegato umano, da Giovanni Battista Morgagni, nel suo Trattato del 1761 "De sedibus, et causis morborum per anatomicen indagatis". In alcuni esami anatomici, aveva trovato un fegato più piccolo e più duro del normale, di colorito giallastro anziché rosso scuro, con una superficie irregolare, formata da noduli più o meno di grandi dimensioni, separati da lamine biancastre. Il termine cirrosi fu coniato invece da Renè Thèophile Hyacinthe Laennec, il quale riprese gli studi di Morgagni (come descritto nella sua Segnalazione XXV, dell'auscultazione mediata, pubblicata nel 1819), volgarizzando i termini greci *Skirròs* che significa duro, fibroso e *Kirrhòs'*, che significa giallo, dal colore che il fegato assume nella cirrosi, detta in tempi più recenti, di Morgagni-Laennec.

Attualmente, rispetto alla cirrosi epatica, è importante mettere in risalto che, nonostante i progressi avutisi negli ultimi anni, grazie agli sforzi compiuti dai ricercatori ed all'impegno profuso dai medici, dal personale infermieristico e sanitario in genere, la sua diffusione, permane in tutto il mondo, anche nel nostro Paese (soprattutto a causa del virus

dell'Epatite C, HCV, di cui ne sono portatori approssimativamente 1 milione e mezzo di soggetti, tra i quali, circa 600.000 affetti dalla malattia, sia nella forma di epatite cronica che, appunto, di cirrosi epatica e del virus dell'epatite B (HBV), di cui ne sono portatori pressappoco 1 milione di persone (c'è da dire infatti che, per quanto l'incidenza di epatite B stia lentamente diminuendo, grazie all'introduzione dell'obbligatorietà della vaccinazione per i nuovi nati e per i bambini al compimento del dodicesimo anno di età sancita dalla legge n. 165/91, il livello permane ancora tra i più elevati dell'Europa Occidentale).

Un'altra rilevante causa di cirrosi epatica è attribuita, tuttavia, anche all'abuso di alcol, in crescita tra i giovani e nel "mondo femminile" in Italia, complessivamente, si valuta che le persone colpite da cirrosi siano circa un milione. Analizzando, ancora più dettagliatamente quanto accade nel nostro Paese, pertanto, possia-

mo affermare che, essendo la cirrosi epatica (CE) molto diffusa, si colloca tra le più importanti cause di decesso. L'Italia, presenta valori di mortalità per tale patologia, tra i più elevati nell'Europa Occidentale.

Ciò, tuttavia, contrasta con il dato relativo alla mortalità generale che è tra i più bassi rispetto ai principali Paesi industrializzati del mondo. Inoltre, se si confronta la mortalità per cirrosi con il tasso di letalità di altre malattie croniche assai diffuse, come quelle cardiovascolari, metaboliche, polmonari o renali, si scopre che la cirrosi epatica incide soprattutto nella fascia di età produttiva giovanile-adulta (25-55 anni), cosa che comporta enormi costi sociali, diretti ed indiretti (perdita di giornate lavorative, interventi terapeutici superspecialistici, trapianto ecc.). In Italia, dati di prevalenza, incidenza, e storia naturale sulla cirrosi sono praticamente assenti se riferiti a popolazione aperta e/o generale, unica eccezione è lo stu-



dio Dionysos (DS) di Bellentani e coll., i cui dati longitudinali a dieci anni dall'inizio, sono in corso di pubblicazione. Numerosi, invece, sono gli studi su popolazioni selezionate, sia in termini di prevalenza che di storia naturale. Dalle informazioni reperibili attualmente, si evince che, la prevalenza della cirrosi epatica "calcolata sui tassi di mortalità" (Iss), si aggira sui 130.000 casi, mentre l'incidenza viene calcolata su circa 26.000 casi per anno.

Ultimamente, sono stati pubblicati svariati studi sulla cirrosi ed emerse significative innovazioni terapeutiche, indispensabili per favorire una migliore qualità di vita presente e futura al paziente cirrotico, di cui il personale infermieristico dovrebbe venire a conoscenza, per erogare un'assistenza sempre più efficace e all'avanguardia.

Ciò, può essere realizzato solo attraverso un continuo aggiornamento, un aspetto di notevole importanza nell'espletamento della professione infermieristica, come tra l'altro previsto dal Codice Deontologico degli infermieri del 1999, all'art. 3 (Norme Generali). Tra gli studi più recenti, è utile porre in evidenza ed essere al corrente di quelli che, come già accennato, forniscono ai soggetti affetti da cirrosi epatica nuove speranze per il futuro, in particolare, riguardo: a) l'eradicazione e quindi la guarigione da una nuova possibile causa di progressione dell'epatite cronica verso la fase di cirrosi, vale a dire l'infezione da parte di batteri del genere *Helicobacter*;

b) il ruolo delle cellule dendritiche, delle citochine e degli ormoni steroidei sessuali nella storia naturale delle malattie epatiche croniche (in altre parole, tali elementi sembra siano in grado di influenzare il decorso clinico delle malattie infiammatorie croniche del fegato);

c) l'utilizzo di cellule staminali che favoriscono la rigenerazione dell'organo cirrotico;

d) l'importanza della terapia embrionale per il trattamento della cirrosi epatica e dell'epatite cronica (trapianto di epatociti xenogenici, i quali promuovono il processo rigenerativo del fegato, facilitano la diminuzione dell'eccesso dei grassi e della fibrosi epatica);

d) varie evidenze scientifiche, che hanno

portato a sostenere l'importanza dell'assunzione del caffè (3-4 tazze al giorno), nel proteggere il fegato da cirrosi e carcinoma epatocellulare;

e) l'innovativo e sorprendentemente risolutivo Sistema a Variazione di Entropia biologica attraverso un'interazione elettromagnetica a bassissima frequenza "DELTA-S DVD", un trattamento basato sulla Biofisica, indolore, non invasivo, privo di effetti indesiderati (se correttamente utilizzato) ed in grado di favorire la ricostruzione dei tessuti danneggiati permettendo di recuperare le funzionalità dell'organo compromesse, con una significativa regressione della sintomatologia della cirrosi, delle sue complicanze (varici, gastropatia congestizia, astenia ecc.), comportando un evidentissimo miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

La realizzazione di una corretta ed appropriata "gestione" dell'assistito con cirrosi epatica, quindi, presuppone che, l'infermiere, abbia il maggior numero possibile di conoscenze in tale ambito. Molto dipende anche dall'impegno che i ricercatori e coloro che finanziano la ricerca impiegano nel fornire le adeguate informazioni. In particolare, a tal fine, la Delta Research & Development, in riferimento al funzionamento dei Sistemi DELTA-S, ha istituito presso un Centro Pilota dei corsi di formazione rivolti agli operatori sanitari.

Tali corsi sono risultati utili per la conoscenza delle modalità di applicazione di questa attualissima ed innovativa terapia. Da quanto detto finora, dunque, è intuibile facilmente che, dovranno delinearsi nuove prospettive assistenziali rivolte al paziente affetto da cirrosi epatica rispetto a quelle tradizionali. È importante, pertanto, ribadire la necessità da parte dell'infermiere, di aggiornare il proprio sapere e "fare proprie" le molteplici novità sul trattamento della patologia, al fine di attuare, un nursing che si sostanzia adeguandosi alle specifiche esigenze dell'assistito.

A tal proposito, comunque, si può senz'altro asserire e sottolineare che, nell'attendere ulteriori sviluppi della ricerca, l'infermiere, nell'assistere il paziente affetto da cirrosi epatica, svolge funzioni fondamentali, sia in ambito ospedaliero, sia a domicilio. Il ricovero in ospedale del-

la persona cirrotica, avviene soprattutto quando l'epatopatia è in fase di "scompenso" e si manifestano emorragie da sanguinamento di varici esofagogastroiche, un'encefalopatia epatica severa, un'importante ascite, un'insufficienza epatica ed altri gravi complicanze. In tali casi, un valido professionista, quale è senza ombra di dubbio l'infermiere, deve rendere manifeste e mettere in pratica, nella maniera più appropriata, le proprie competenze, attuando nei confronti dell'assistito, tutti gli interventi necessari per rendere gli aspetti che caratterizzano la malattia il meno gravosi possibile.

Anche a domicilio, l'infermiere, deve attuare, con spiccata professionalità, tutti gli interventi volti al soddisfacimento dei più importanti bisogni del paziente, svolgendo funzioni assistenziali, sia tecniche [rilevazione e monitoraggio dei parametri vitali, gestione del catetere vescicale (soprattutto in caso di encefalopatia severa, gestibile, ovviamente, a domicilio), valutazione del peso corporeo e della circonferenza addominale in caso di ascite, delle caratteristiche della cute sia in caso di ittero che di edema, valutazione dello stato della ferita ed applicazioni di medicazioni in caso di trapianto di fegato, ma anche l'esecuzione di prelievi ematici ed altri interventi necessari per tenere sotto stretta osservazione il delicato stato del soggetto in questione, il quale potrebbe andare incontro al rigetto dell'organo, ecc.], sia educative [che si esplicano ad esempio nel far comprendere all'assistito, l'importanza del cambiamento rispetto a comportamenti devianti relativi allo stile di vita, quale può essere l'abuso di alcol, come previsto anche nel Codice Deontologico degli Infermieri all'art. 4.1 ("L'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori")].

L'assistenza infermieristica al paziente affetto da cirrosi epatica, quindi, deve, imprescindibilmente articolarsi, attraverso interventi di natura tecnica e di natura educativa, sia nella fase in cui la cirrosi è "compensata", dove l'assistito deve essere guidato ed istruito allo svolgimento delle attività quotidiane che comprendono, ad esempio, anche l'adesione

al regime terapeutico, incluso quello dietetico, sia nella fase di "scompenso", dove l'infermiere deve agire, come precedentemente posto in evidenza, con la massima competenza e responsabilità per cercare di evitare e correggere l'aggravamento delle numerose e serie complicanze legate alla patologia.

Oltre a ciò, comunque, è importante, nondimeno, rilevare anche gli ottimi risultati legati all'assistenza che sono stati raggiunti nell'ambito dell'"Ospedale di Comunità", dove vengono eseguite procedure clinico-assistenziali a media e bassa medicalizzazione, attraverso le quali si ottiene, una valida, tempestiva ed efficiente gestione delle patologie croniche momentaneamente riacutizzate o scompenstate (compresa ovviamente la cirrosi epatica), le quali non possono essere trattate a domicilio tramite l'assistenza domiciliare, inadeguata per la complessità degli interventi da effettuare sui pazienti colpiti da tali malattie. In questa nuova realtà, per poter prendersi cura validamente dell'assistito, la peculiarità e l'efficacia organizzativa delle prestazioni sanitarie, si sostanziano attraverso l'elaborazione (per ogni paziente) da parte del Medico di medicina generale (MMG) e dal Servizio Infermieristico, di un piano assistenziale individualizzato, che definisce gli obiettivi del ricovero, il programma di intervento medico, le eventuali consulenze specialistiche, riabilitative o sociali, la durata della degenza (che di norma non deve superare i trenta giorni, con un massimo previsto di sessanta giorni, su valutazione dell'equipe che segue il paziente). Nello specifico, l'equipe infermieristica, è responsabile, oltre che della stesura, anche dell'operatività del piano assistenziale. Particolarmente, l'assistenza alla persona, è garantita con turni nelle 24 ore, da personale infermieristico e socio-assistenziale. Al bisogno, sono attivabili anche risorse territoriali ed ospedaliere.

Per assolvere nel migliore dei modi ai propri doveri professionali, inoltre, l'infermiere, deve altresì erogare un'assistenza supportata da principi scientifici e da basi teoriche, prendendo, appunto, come riferimento, le teorie infermieristiche elaborate nel tempo da vari studiosi, che operano od hanno operato in tale ambito contribuendo ad un radicale

cambiamento nella concezione e nella modalità di fornire assistenza. Nel caso del paziente cirrotico, i modelli teorici che preferibilmente l'infermiere dovrebbe seguire, sono le teorie di: Dorotea Orem (del self-care, soprattutto nella fase "compensata" della cirrosi, in cui si cerca di incentivare il paziente ad essere il più autonomo possibile nella gestione della propria patologia); Virginia Henderson (in caso di grave encefalopatia e soprattutto di coma epatico, dove emerge il ruolo dell'infermiere come "sostituto" della persona malata nel soddisfacimento dei suoi bisogni "fondamentali") ed Hildegard Peplau ("Modello di nursing psicodinamico", indispensabile nel supportare l'infermiere per instaurare, ad esempio, con il paziente cirrotico alcolista una adeguata ed efficace relazione terapeutica e di "aiuto").

Tali teorie, dunque, sono utili per porre in essere un'assistenza più consona ai numerosi e diversificati bisogni del paziente affetto da cirrosi epatica.

Detto ciò, in ogni modo, è importante anche sottolineare che, nonostante si stiano sviluppando e diffondendo nuove terapie che sembrano essere risolutive riguardo la malattia cirrotica, allo stato attuale, il trapianto di fegato resta ancora un intervento terapeutico fondamentale. A tal proposito, nella pratica, le misure che portano al successo del trapianto non si esauriscono in ambito ospedaliero, ma richiedono una continuità assistenziale che si esplica nel fornire interventi anche in ambiente extraospedaliero. L'infermiere, quindi, si prenderà cura del paziente, sia ambulatoriamente, sia a domicilio, offrendo, inoltre, un valido sostegno professionale a tutta la sua famiglia.

Questa "presa in carico", dunque, si concretizza non solo in un'assistenza prettamente tecnica, ma soprattutto, in approcci educativi e di sostegno indirizzati, oltre che al soggetto trapiantato, anche ai propri familiari. L'infermiere può trovare ampi spazi di autonomia nel complesso di cura e di assistenza al paziente trapiantato. Il suo intervento può rivelarsi fondamentale in un percorso terapeutico che si protrae nel tempo, essendo altresì la possibilità dell'instaurarsi di gravi complicanze. Anche il case manager o il coordinatore dei trapianti, nuo-

ve rilevanti espressioni delle funzioni infermieristiche, aiutano il paziente a gestire nella maniera più appropriata le problematiche ascrivibili a tale situazione. Nell'esercizio della professione infermieristica, in genere, ed in particolare nell'assistere il paziente affetto da cirrosi epatica e da patologie ad essa correlate, quali le epatiti e l'abuso di alcol, estremamente rilevanti, oltre a quanto è stato detto finora, risultano essere anche gli aspetti etici e legali, riferiti alla:

1) riservatezza e quindi al rispetto del "Segreto professionale", in quanto una loro violazione comporterebbe notevoli ripercussioni sociali e morali per il soggetto interessato, in ambito lavorativo, nel rapporto con altri individui, ecc. L'obbligo di tutelare e garantire la riservatezza è previsto dal Patto Infermiere-Cittadino del 12 maggio 1996 (lo infermiere mi impegno nei tuoi confronti a: rispettare la tua dignità, le tue insicurezze e garantirti la riservatezza). Tale impegno viene poi ribadito nell'art. 4 del Codice Deontologico intitolato "Rapporti con la persona assistita". Il punto 6 di questo articolo recita: "L'infermiere assicura e tutela la riservatezza delle informazioni relative alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è pertinente all'assistenza". Quindi la riservatezza impone che, anche nell'annotare notizie cliniche, o nel passare verbalmente le consegne ai colleghi, ci si limiti a fornire solo informazioni di natura biomedica, necessarie per la migliore assistenza del paziente.

È un concetto giustamente estensivo della nozione di segreto: non si limita ad impedire la divulgazione a chi non è tenuto al segreto professionale, ma impone che, anche tra operatori sanitari, la trasmissione riguardi unicamente notizie finalizzate alla cura dell'assistito. Il tutto si precisa ulteriormente al punto 8 dello stesso articolo: "L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui".

Questa affermazione sottolinea come le regole non possano essere osservate unicamente poichè altrimenti si incorre in una sanzione penale, ma anzitutto perché il loro rispetto permette di svolgere

adeguatamente la propria professione. La norma deontologica va compresa e scelta, non temuta e subita. Rispettare il segreto professionale significa, dunque, rendere manifesta e dare forma concreta alla fiducia, in forza della quale il paziente rivela all'infermiere notizie riguardanti la sfera intima della propria personalità. Tale fiducia, fonda, accompagna e permea i gesti concreti della relazione terapeutica;

2) responsabilità professionale di cui si parla nella Premessa del Codice Deontologico infermieristico "L'infermiere è responsabile dell'assistenza infermieristica che consiste nel curare e prendersi cura della persona nel rispetto della vita" e nell'art. 1 del D.M. n. 739 del '94, ed in maniera specifica, alla gestione e somministrazione dei farmaci (come descritto nell'art. 1 comma 3 D.M. n. 739 del 1994, "L'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche").

Con l'emanazione del D.M. n. 739 del 1994 ed altre leggi successive, e l'abrogazione del Mansionario avvenuta nel 1999, l'infermiere ha acquisito sempre maggiori responsabilità nell'esercizio della propria professione. Partendo comunque da presupposti etici e morali e soprattutto dal principio del "primum non laedere" o dell'"alterum non laedere", ovvero il divieto di ledere il prossimo, il divieto di offendere, l'obbligo del rispetto dell'altro, inteso come persona e l'obbligo del rispetto dei suoi beni e dei suoi valori, l'infermiere, deve erogare assistenza molto responsabilmente, prestando estrema attenzione al proprio operato e tenendo conto che, a seguito di danni provocati al paziente, andrà incontro a gravose sanzioni

La responsabilità (dal latino, *respondere*), che deriva da un fatto illecito, può essere di natura civile, penale (o entrambe) e di natura disciplinare. L'opertore sanitario può incorrere in più tipi di responsabilità, anche in concorso tra loro. Ad esempio, se un infermiere provoca delle lesioni ad un paziente per l'errata somministrazione di un farmaco, sarà civilmente responsabile per il risarcimento del danno provocato, penalmente responsabile per il reato di lesioni ed inoltre sarà sottoposto a procedimento disciplinare.

Nel caso specifico della cirrosi, se un infermiere somministra ad un paziente agitato a causa dell'encefalopatia epatica un sedativo, la cui assunzione risulta dannosa per l'assistito stesso, magari anche in dosi elevate, e con maggiore aggravante anche senza la prescrizione medica, precipitando il coma epatico, da cui potrebbe scaturire addirittura la morte, l'infermiere, appunto, risponderà del suo operato da un punto di vista civile, penale e disciplinare;

3) informazione "cosapevole", riguardo ai vari e spesso complessi trattamenti sanitari di cui necessita l'assistito (Nel Codice Deontologico, tale argomentazione viene discussa all'art. 4.5: "L'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato").

Oltre a quanto detto finora, però, è opportuno altresì mettere in risalto che, per assistere il paziente affetto da cirrosi epatica nella maniera più consona, è necessario che l'infermiere possieda, non solo una conoscenza approfondita della patologia e delle sue complicanze, ma anche dello stato d'animo del soggetto, in modo tale da poterne interpretare adeguatamente le diverse reazioni emotive che vengono manifestate in tale situazione di sofferenza e di disagio.

Come punto di partenza, riguardo a quest'ultimo concetto, potrebbe essere sorprendentemente rappresentativo analizzare ulteriormente l'etimologia della parola cirrosi, la quale ha la stessa radice linguistica del termine cirro, che deriva dal latino, *cirrus* (ricciolo, frangia) ed il suo significato è: "nube alta, bianca e trasparente, a struttura fibrosa e sfilacciata". Il fegato di un cirrotico, dunque, suggerisce proprio l'aspetto di una nuvola. Per quanto può risultare bizzarro, questo accostamento con le "nuvole", ci potrebbe indurre a fare dei riferimenti alla letteratura, alla poesia, ma anche alla pittura. Tali riferimenti, potrebbero risultare utili nel comprendere i senti-

menti più profondi del paziente, per poterlo così aiutare e sostenere moralmente durante il decorso della malattia. Particolarmente, in tale contesto, riguardo alla poesia, potrebbe essere emblematico il componimento "Nuvola nera" di Chiara Bruno che recita:

Quando
con lucidità mentale
ascolterò la tua sentenza
caro medico,
allora sì che
morirò per sempre.
Morirò perché
la vita
è
la vita mia,
unica e sola.
Morirò perché
voglio vivere
e non finire
quando
l' avrai deciso tu,
nuvola nera.
Morirò perché
la sofferenza mi fa paura,
il dolore,
l' impossibilità
di difendermi,
di AMARE...
Lungi da me,
tu che ti sei accanita
contro il mondo intero,
tu non vedevi
tu felice ridevi.

All'inizio di questa poesia, dove l'autrice afferma: "Quando con lucidità mentale ascolterò la tua sentenza, caro medico, allora sì che morirò per sempre", ci porta ad intuire quale possa essere lo stato d'animo di una persona che, ad esempio, dopo la diagnosi medica deve consapevolmente realizzare di essere affetta da cirrosi epatica. In ultimo, ci si potrebbe riferire alla realizzazione pittorica di Edvard Munch, "Il grido" o "L'urlo", come spesso viene chiamata l'opera nella traduzione italiana, nella quale possiamo notare che la modalità con cui le nuvole vengono rappresentate potrebbe riflettere l'evidente angoscia che pervade una persona affetta da una grave patologia. L'autore afferma: "Una sera passeggiavo per un sentiero, da una parte stava la città e sotto di me il fiordo...Mi fermai e guardai al di là

del fiordo, il sole stava tramontando, le nuvole erano tinte di rosso sangue. Sentii un urlo attraversare la natura: mi sembrò quasi di udirlo. Dipinsi questo quadro, dipinsi le nuvole come sangue vero. I colori stavano urlando”.

Queste parole, scritte da Munch per descrivere “Il grido”, danno un’idea

il gravoso peso di una malattia, se pur in genere, con l’avanzare del tempo, inesorabilmente fatale.

Giunti a questo punto, comunque, dopo aver analizzato i vari aspetti che ruotano intorno all’assistenza del paziente cirrotico, è necessario ed auspicabile affermare che, in un futuro non molto lonta-



della forte sensazione che ha portato l’autore a realizzare quest’opera. Il quadro comunica evidentemente un forte disagio. Il pittore norvegese, infatti, vuole raccontare il dramma dell’uomo, la solitudine, ma anche le sue profonde ed insanabili angosce che in particolare, però, potrebbero “appartenere” ad una persona consapevole di dover sostenere

no, potremmo immaginare e cominciare a credere che le patologie del fegato in Italia e, perché no, nel mondo, potrebbero addirittura essere sconfitte! Il primo passo per auspicare il raggiungimento di tale risultato dovrebbe essere compiuto dalle Istituzioni, recependo le svariate richieste di intervento che provengono principalmente dai cittadini stessi.

Inoltre, le campagne di informazione e di sensibilizzazione per la prevenzione di tali malattie, effettuate, in particolare, dagli infermieri e dagli altri operatori sanitari nei loro ambienti di lavoro (corsie d’ospedale, ambulatori, carceri, case di accoglienza), ed in generale, anche attraverso la diffusione di messaggi tramite Tv, radio, stampa, internet (altro mezzo di comunicazione attualmente molto utilizzato), nelle piazze, in terre lontane ed ostili, nei confronti di immigrati, di studenti nelle scuole e nelle università, costituiscono un aspetto determinante per affrontare il problema e cercare quanto più possibile di eliminarlo. E’ doveroso, però, rilevare altresì che, nel fornire innovative e sempre più risolutive cure mediche, nell’erogare globalmente assistenza al paziente affetto da cirrosi epatica e soprattutto nel limitarne l’insorgenza, sono stati compiuti importanti passi in avanti.

Ciò, si è verificato grazie alle sempre maggiori conoscenze, competenze, ad un sempre maggiore coinvolgimento ed impegno degli infermieri in interventi educativi finalizzati alla prevenzione delle epatiti e dell’abuso di alcol.

Tale impegno, tuttavia, dovrebbe essere intensificato, proponendo in maniera più assidua le su citate campagne informative e di sensibilizzazione.

Comunque, per far sì che si abbiano ulteriori riscontri positivi rispetto al raggiungimento dell’importante ed impegnativo obiettivo che è stato posto poc’anzi (vale a dire quello di una possibile sconfitta delle patologie epatiche), deve, senza dubbio, essere messa in risalto la necessità di non arrogarsi il diritto nel pensare che bastino gli sforzi compiuti fino a questo momento, viceversa, bisogna avere, l’umiltà e la consapevolezza che molto altro ancora dovrà essere realizzato.

AUTORE

Roberta De Luca, infermiera presso U.O.C. Nefrologia e Dialisi P.O. di Colleferro, laureata in Infermieristica presso “Sapienza” Università di Roma, sede di Colleferro.

IN PILLOLE

Cervello, non è mai troppo tardi

Non è mai troppo tardi per il cervello umano. Un recente studio confuta l’idea tradizionale secondo cui l’encefalo cresca solo in età giovanile. La ricerca, condotta dalla ricercatrice Arne May dell’Università di Amburgo su 44 volontari tra i 50 e 67 anni, ha infatti prodotto dati che attestano la crescita e la modifica dell’organo anche in età adulta, a patto che questo sia opportunamente stimolato. Secondo quanto pubblicato dalla prestigiosa rivista internazionale Journal of Neuroscience, i neurologi hanno misurato tre volte con la risonanza magnetica la massa grigia degli adulti ai quali avevano insegnato giochi di destrezza, rilevando un aumento della massa cerebrale.

BIBLIOGRAFIA

- Sito internet www.albanesi.it/Salute/cirrosi.htm
- M.R. Alligood, A.M. Tomey, "La teoria del nursing utilizzazione e applicazione", Terza Edizione, (Prima Edizione italiana alla Terza Edizione originale), Edizione italiana a cura di Carlo Calamandrei, McGraw-Hill, Milano 2007.
- P. Annese, V. Di Santo, F. Oddi, M. Salducci, "Nozioni di diritto e di medicina legale ad uso degli esercenti le professioni sanitarie", CE.DI.S. Editore.
- "Assistenza Domiciliare Epatologica", Documento redatto dalla Commissione sull' Assistenza Domiciliare Epatologica istituita dall' AISF (Associazione Italiana per lo Studio del Fegato).
- Sito internet www.assofade.org/alcol.asp
- Sito internet www.atopuglia.org/prevenzione20052007.htm
- Atti del Convegno su "La cirrosi epatica e le sue complicanze", Zagarolo 22-23 giugno 2007 (Presentazione della Dott.ssa A. Aleandri, Vicario D.A.I. Ufficio Professioni Sanitarie e Tecniche del P.O. Palestrina-Zagarolo, "Continuità assistenziale nel paziente con trapianto di fegato").
- Atti del Convegno su "La cirrosi epatica e le sue complicanze", Zagarolo 22-23 giugno 2007 (Presentazione di L. Capocaccia, Prof. Emer. "Sapienza" Università di Roma, Epidemiologia della cirrosi epatica").
- F.A. Bauleo, A.R. Tacchio, "L' Ospedale di Comunità", Periodico "Salute umana", n. 201-202 maggio-giugno-luglio-agosto 2006.
- L. Benci, "Aspetti giuridici della professione infermieristica", V Edizione, McGraw-Hill, Milano 2005.
- Sito internet www.benessere.org/salute/disturbi/cirrosi.htm
- Black, Matassarini, Jacobs, Luckmann, Sorensen's, "Il trattato completo del nursing", Vol. III, Prima Edizione Italiana sulla IV Edizione Americana, Piccin, Padova 1996.
- C.M. Bonvento, C. Gagliano, "Dizionario tematico di infermieristica clinica in medicina e chirurgia", McGraw-Hill, Milano 1998.
- R. Brignone, M. Negri, I. Riccelli, "Nursing Scienze infermieristiche Patologia medica e chirurgica integrata", a cura di G. Tonnarini, UTET, Torino 1995.
- Sito internet www.club.it/concorsi/risultati/2002/antpoesiecornice2002.html
- Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739 (Profilo professionale dell' Infermiere).
- Sito internet www.deltard.com
- Disegno di Legge, Senato della Repubblica, XV Legislatura, "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e lotta contro le epatiti".
- Sito internet www.embryotecnologies.it/hepatology_it.html
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI, "Il Codice Deontologico degli infermieri", Roma 1999.
- G.S. Fenimore, M.S. Manno, "Men in nursing", "Control cirrhosis complications", Vol. 2, n. 1, Feb. 2007, pp.38-45.
- Sito internet www.fotoartearchitettura.it/Arte/Archivio/munch/main.html
- U. Galatti, "et al"., "Coffee consumption reduces the risk of hepatocellular carcinoma independently of its aetiology: a case control study", J. Hepatol. 2005; 42: 528-534.
- A. Gentili, M. Nastasi, L.A. Rigon, C. Silvestri, P. Tanganelli, "Il paziente critico", Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2006
- P. Gobbi, "Privacy e professione infermieristica", McGraw-Hill, Milano 2003.
- Sito internet www.infermieronline.net/documenti/responsabilita_giuridica_infermiere.htm
- Sito internet <http://it.wikipedia.org/wiki/Cirrosi>
- Sito internet <http://it.health.yahoo.net>
- Sito internet <http://italiasalute.leonardo.it>
- A.L. Klatsky, "et al.", "Coffee, cirrhosis, and transaminase enzymes", Arch. Intern. Med., June 2006; 166: 1190-1195.
- P. Moiraghi, "La nuova patologia medica e infermieristica clinica", C.G. Edizioni Medico-Scientifiche, Torino 1999.
- S.M. Nettina, "Il manuale dell' infermiere", Piccin 2003.
- Sito internet www.nursingcares.com/general/cirrhosis.html
- A. Ponzetto, R. Pellicano, F. Mègraud, "Helicobacter pylori", Edizioni Minerva Medica 1999 [Pubblicazione collegata al Progetto "Cirrosi BA.CI. (Batteri-Cirrosi)]
- Sito internet www.ricercaitaliana.it
- S. Sargent, "Management of patients with advanced liver cirrhosis", Nursing Standard, Nov. 2006, Vol. 21(11) pp. 48-56. -S. Sargent, "Pathophysiology and management of hepatic encephalopathy", British Journal of Nursing, Vol. 16, Iss.6, Mar. 2007, pp. 335-339.
- S. Sargent, "The management and nursing care of cirrhotic ascites", British Journal of Nursing, Vol. 15, Iss. 4, Feb. 2006, pp. 212-219.
- E. Scafato, "Epidemiologia dell' alcol e mondo femminile", Ann. Ist. Super. Sanità 2004; 40(1): 25-33.
- S.C. Smeltzer, B.G. Bare, Brunner Suddarth, "Infermieristica medico-chirurgica", Terza Edizione, Vol. I, Edizione Italiana a cura di G. Nebuloni, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2006.
- Sito internet <http://staminali.aduc.it/php/php>
- G. Tezuolo, "La responsabilità giuridica dell' infermiere", Edizione Sorbona Milano.

Stress, adattamento ed ansia

di Nicoletta Melchiorre

Il concetto di **stress** è entrato nella terminologia del mondo scientifico da poco più di 50 anni. L'importanza di questo concetto è legata principalmente a diversi aspetti:

Il riconoscimento di una reazione che riguarda l'intero organismo e che coinvolge più sistemi finalizzato alla risposta di diversi stimoli che ne possono compromettere l'equilibrio. (Tali stimoli possono essere sia fisici che psichici, sia interni che esterni all'organismo). Tuttavia l'importanza di questa reazione unitaria è quella di favorire un adattamento dinamico alle richieste ambientali garantendo la sopravvivenza dell'individuo.

Altra caratteristica è che tale sistema è ambientalmente labile, la reazione è cioè pre-programmata ma plasmabile entro un certo grado dall'apprendimento e dall'esperienza e fondamentalmente sempre pronta ad essere avviata; l'articolazione della risposta segue modalità scritte all'interno di istruzioni genetiche che preparano fin dalle prime fasi della vita circuiti nervosi e neuroendocrini ad un complesso articolato di reazioni che riguardano le modificazioni comportamentali, emozionali, fisiche e metaboliche della risposta di lotta e di fuga. (Pancheri, Cassano 1999)

La caratteristica unitaria, pressoché sempre biologica e psicologico-comportamentale allo stesso tempo, mostra come gli stimoli ambientali, esterni, fisici e psichici possano suscitare modificazioni dell'ambiente interno dell'organismo. L'evidenza accumulata da centinaia di studi ha dimostrato come in condizioni particolari la sollecitazione della reazione di stress si possa trasformare da risposta adattiva in importante cofattore patogenetico per numerose patologie, sia somatiche che psichiche. Infatti, le aree dove la conoscenza del-

lo stress ha raggiunto il maggior campo di applicazione sono due: la psicologia clinica e la psichiatria da un lato, la medicina generale dall'altro. Soprattutto in ambito psichiatrico, eventi e situazioni di stress nella vita sono spesso rilevati come fattori che precedono l'insorgere di disturbi e di malattie a volte con ruolo solo scatenante, altre con vero e proprio ruolo preparante. (Pancheri, Cassano, 1999).

La rivista *Time Magazine* del 6 giugno 1983, definiva lo stress "l'epidemia" degli anni '80 e si riferiva ad esso come il principale problema di salute. Tuttavia vi sono pochi dubbi che la situazione sia peggiorata da allora. Infatti numerosi studi confermano che ad esempio gli americani adulti hanno l'impressione di subire maggiore stress rispetto a 10-20 anni fa. Uno studio della rivista *Prevention* del '96 scoprì che quasi il 75% delle persone prese in esame, riferivano di provare un grande stress almeno un giorno alla settimana e una persona su tre indicava di sentirsi in questo modo più di una volta alla settimana. Nello stesso studio condotto nel 1983 invece, solo il 55% delle persone prese in esame riferiva di sentirsi in uno stato di grande stress nell'arco della settimana. Oggi viene stimato che il 75-90% di tutte le visite presso medici di urgenza sono causate da problemi di stress. Lo stress sul lavoro è di gran lunga la fonte primaria di stress per gli adulti, ma i livelli sono in aumento anche nei bambini, negli adolescenti, negli studenti universitari e negli anziani. Appare pertanto importante, ai fini dell'individuazione del ruolo dell'infermiere professionale nella gestione delle patologie da stress, ripercorrere brevemente le definizioni storiche dello stress, gli strumenti per una sua valutazione, i correlati neurobiologici e i suoi rapporti con l'ansia.

Definizione e storia: che cos'è lo stress?

"Tutti sanno che cosa è eppure nessuno sa che cos'è". Così rispondeva alla domanda, nel 1973, Hans Selye, in un articolo pubblicato sulla prestigiosa rivista *American Scientist*.

Con questa affermazione paradossale, Selye voleva riferirsi al fatto che già in quell'epoca, il termine "stress" veniva utilizzato in maniera molto generica, sicché la conoscenza che ne abbiamo deriva più da una presunta familiarità con il termine che non da una vera e propria chiarezza concettuale. Dalla prima formulazione e applicazione nel campo della medicina, il concetto di stress ha subito una progressiva evoluzione, fino ad arrivare alla odierna teoria integrata delle modificazioni psichiche e biologiche, chiarendone le caratteristiche adattive e applicabile allo studio della patogenesi e delle manifestazioni dello stress nell'uomo.

Lo stress è un termine al confine tra metallurgia, psicologia, psichiatria, immunologia, psicosomatica, neurofisiologia. Dal latino *strictus* "stretto, serrato, compresso"; (3) come espressione anglosassone veniva usato nel XVII secolo, con il significato di difficoltà, avversità, afflizione. Nel XIX secolo ha acquisito il significato di forza, pressione, tensione o sforzo (Pancheri, 1983). Secondo altri studi (Cabib, Puglisi Allegra, 1989) è stato utilizzato a lungo nel linguaggio della metallurgia, nell'ambito della quale si era soliti mettere "sotto stress" le travi metalliche al fine di provarne la resistenza. E' infatti a questa immagine di sovraccarico e di tensione che si può ricondurre una prima definizione dello stress: esso indica "che qualcosa non funziona come dovrebbe nel nostro organismo, inteso come unità di corpo e mente, e che ciò dipende da un sovraccarico di stimoli, da



pressioni ambientali che comportano un'usura e uno scompenso psico-fisico" (Oliviero, 1989)

Secondo Claude Bernard, "lo stress fisiologico è necessario al ritmo biologico e alla vita interiore".

Di conseguenza, la mancanza di stimoli o l'assenza di stress corrisponderebbero alla morte (Loo, 1986). Allo stesso tempo, però, anche l'eccesso di stimolazioni diventa pericoloso. I ricercatori dopo gli anni trenta, e soprattutto agli inizi degli anni '80 e '90, hanno scoperto i meccanismi adottati dai differenti sistemi biologici per far fronte alle situazioni di stress.

I meccanismi biologici dello stress

L'essere umano è stato dotato, grazie ad una evoluzione durata migliaia di anni, di meccanismi neurobiologici che gli permettono di adattarsi a tutte le modificazioni del suo ambiente, al fine di mantenere una situazione di omeostasi interna. In una situazione di stress cosa succede? Il ritmo respiratorio aumenta fornendo più ossigeno all'organismo, il ritmo cardiaco accelera per favorire i diversi metabolismi, i ritmi cerebrali diventano più rapidi; i muscoli sono stimolati da un maggior apporto di ossigeno e di zucchero, le

difese immunitarie diventano più attive. Le scoperte degli ultimi 60 anni hanno chiarito in gran parte i complessi meccanismi adottati dall'organismo per fronteggiare lo stress. Cannon mostrò il ruolo dell'adrenalina e del sistema simpatico nelle emozioni. Selye invece concentrò la sua attenzione sulle ghiandole surrenali e la loro secrezione. Nella paura, negli stati depressivi e nell'ansia il tasso di adrenalina sarebbe più alto, mentre il tasso di noradrenalina aumenterebbe negli stati di collera.

Nella risposta dell'organismo allo stress sono implicati tre sistemi: l'ipotalamo-ipofisi-adrenocorticale (HPAC), che implica la secrezione dell'ormone ACTH, il quale a sua volta attiva la corteccia surrenale, il sistema simpatico-adreno-midollare (SAM) implica la produzione di norepinefrina primaria che attiva il locus ceruleus agendo sul sistema adrenomidollare per rilasciare altre catecolamine, infine il sistema oppioidi endogeno, (EO) che funge da analgesico di fronte allo stress, si attiva implicando la produzione endogena di peptidi oppioidi, come le beta endorfine e le encefaline.

Ogni minaccia percepita dall'essere umano mette in moto i primi due sistemi i quali sono fortemente interconnessi tra di lo-

ro. Mentre il terzo sistema modula la risposta emozionale agli agenti stressanti attraverso la riduzione del dolore, modificando probabilmente la funzione del sistema immunitario.

Stress, adattamento, sopravvivenza

In un articolo apparso su *Nature* (1936), Selye descrive l'insieme delle "risposte non specifiche provocate da un qualsiasi agente fisico aggressivo, definendo così quella che chiamerà "sindrome d'adattamento generalizzato".

Dal 1946 al 1950, Selye elaborò l'insieme della sua teoria. Sviluppò dapprima l'ipotesi che le malattie dette "di adattamento" potessero essere il risultato di reazioni anomale di fronte ad uno stimolo o ad un agente che provochi una reazione nell'organismo stesso, quindi "l'organismo risponde a differenti stressors o agenti di stress".

Nel suo complesso, il sistema dello stress coordina la risposta adattiva dell'individuo ai diversi stimoli ambientali esterni o interni all'organismo e la sua attivazione comporta dei cambiamenti sistemici e comportamentali che migliorano la capacità omeostatica, cioè di equilibrio, aumentando le possibilità di sopravvivenza.

Tuttavia, condizioni di stress cronico, carico psicosociale, eventi reali e non, possono facilitare lo squilibrio del sistema nervoso, immunitario, cardiovascolare e metabolico, rendendo l'organismo più suscettibile alle malattie.

Secondo la psichiatria darwiniana, ogni specifica situazione che abbia una qualche rilevanza per l'adattamento biologico suscita una risposta emotiva.

E' attraverso l'emozione che l'individuo è in grado di valutare la "qualità" della situazione stessa.

Infatti, nelle situazioni positive, l'individuo risponde con emozioni piacevoli, in quelle negative con reazioni spiacevoli. Tutte le circostanze che coincidono con una condizione di maladattamento biologico, possono essere ricondotte ad una situazione in cui l'individuo non riesce a raggiungere uno specifico scopo biologico; ogni qualvolta l'ambiente ostacola la finalizzazione di una strategia comportamentale che si è evoluta, siamo di fronte ad una situazione di potenziale stress (Troisi, 2005). Secondo la psichiatria darwiniana, quindi, può considerarsi come evento stressante qualunque accadimento che interferisca con lo svolgimento delle strategie comportamentali evolute che consentono il raggiungimento degli scopi biologici.

Gli effetti prossimi consistono in reazioni fisiologiche (attivazione asse ipofisurrene) e psicologiche (ansia-depressione).

Queste reazioni rappresentano un tentativo di adattamento a circostanze ambientali sfavorevoli nell'ambiente di adattamento di *Homo sapiens*, ma quando è presente invece una certa predisposizione individuale, oppure in circostanze in cui lo stress è intenso e prolungato, questo tipo di reazioni può innescare l'esordio di un disturbo psichiatrico. (Troisi, 2005)

Lo stress, in altri termini, altro non è che la risposta dell'organismo verso le continue e quotidiane stimolazioni provenienti dall'ambiente che ne minano l'abituale equilibrio interno. Qualsiasi tipo di stimolazione che definiamo *stressor*, determina nell'individuo una reazione di stress atta a ripristinare l'adattamento con l'ambiente.

In definitiva, vogliamo dire che ogni tipo di stimolo, positivo o negativo, costringe

il nostro organismo ad adattarsi ad esso, infatti è solo grazie alla propria capacità di adattamento che l'uomo ha potuto sopravvivere di fronte alle inevitabili difficoltà provenienti dall'ambiente naturale e sociale. Selye ha individuato i tre stadi che caratterizzano la risposta dell'individuo alle situazioni critiche, da lui definite come *stressors*:

La fase di allarme: (*emergency reaction, defense reaction, fight or-flight response*) è la fondamentale reazione psicofisiologica degli organismi che si trovano ad affrontare situazioni percepite come minacciose per l'incolumità e la sopravvivenza. Nell'uomo essa è generalmente provocata da stimoli extra o intrapsichici che agiscono a livello simbolico; sono definite come situazioni di allarme quelle situazioni che, attraverso una stimolazione emozionale acuta o cronica, inducono la reazione di allarme e la sostengono nel tempo. I vissuti psicologici della reazione di allarme sono costituiti da sentimenti di tensione, paura, aumentata vigilanza, irritabilità spesso definiti come ansia. Durante questa fase si mobilitano le energie difensive quali, innalzamento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, aumento della tensione muscolare, aumento della secrezio-

ne e liberazione di cortisolo, diminuzione della secrezione salivare.

Fase di resistenza: in questa fase l'organismo tenta di adattarsi alla situazione e gli indici fisiologici tendono a normalizzarsi anche se lo sforzo per raggiungere il nuovo equilibrio è intenso.

Tuttavia se la condizione stressante continua, oppure si prolunga nel tempo e risulta troppo intensa, si entra nella terza fase denominata

Fase di esaurimento: in questa fase l'organismo non riesce più a difendersi e la naturale capacità di adattarsi viene a mancare. Si assisterà in questa fase alla comparsa di "malattie dell'adattamento" rappresentate per esempio dal diabete, dall'ipertensione arteriosa, da patologie a carico dell'apparato cardiovascolare, dal disturbo d'ansia generalizzato, al disturbo da attacchi di panico al disturbo post traumatico da stress; non ultimo ad un abbassamento delle difese immunitarie. (J.B.Store,2004)

Lo stress è misurabile?

Lo stress può essere misurato e studiato sia dal punto di vista biologico che psicologico-comportamentale, in ambito clinico e di ricerca.

A livello biologico possono essere utiliz-





zati come marcatori della reazione di stress alcuni importanti parametri che riguardano il sistema neurovegetativo, neuroendocrino ed immunitario.

I parametri misurabili riguardano :

- la misurazione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca
- misurazione della tensione muscolare (attraverso l'EMG di superficie)
- la temperatura cutanea
- il dosaggio plasmatico degli ormoni dello stress quali il cortisolo, l'ACTH, la prolattina

A livello psicologico - comportamentale finora la ricerca clinico-sperimentale si è basata su "eventi" e sul peso oggettivo degli stessi, sul loro impatto o significato soggettivo, perché il concetto di avvenimento oggettivamente stressante pare sia in grado di modificare con diverse modalità l'assetto di vita dell'individuo, richiedendogli uno sforzo di riadattamento di notevole entità. Esistono degli strumenti di rilevazione e di misurazione degli eventi costituiti da liste o questionari organizzati. Il primo strumento sviluppato nel 1967 da Rahe e Holmes la Schedule Recent Experiences (SRE) che prende in considerazione 43 eventi di vita risultanti più o meno stressanti. Molto utilizza-

to nella medicina psicosomatica, esso attribuisce ad ogni evento di vita un "peso" che esprime l'impatto potenziale medio dell'evento stesso.

Stress e rischio di malattia

"Oggi cominciamo a capire che molte malattie sono dovute soprattutto all'incapacità di adattamento allo stress, più che a microbi, virus, sostanze nocive o qualsiasi agente esterno" (Selye). In determinate condizioni, la reazione di stress può perdere il suo significato funzionale di natura adattiva e rappresentare invece una possibile fonte di rischio per la salute fisica e mentale.

Come abbiamo visto, la reazione di stress serve ed è sempre servita all'organismo per adattarsi in maniera plastica all'ambiente ed alle sue richieste.

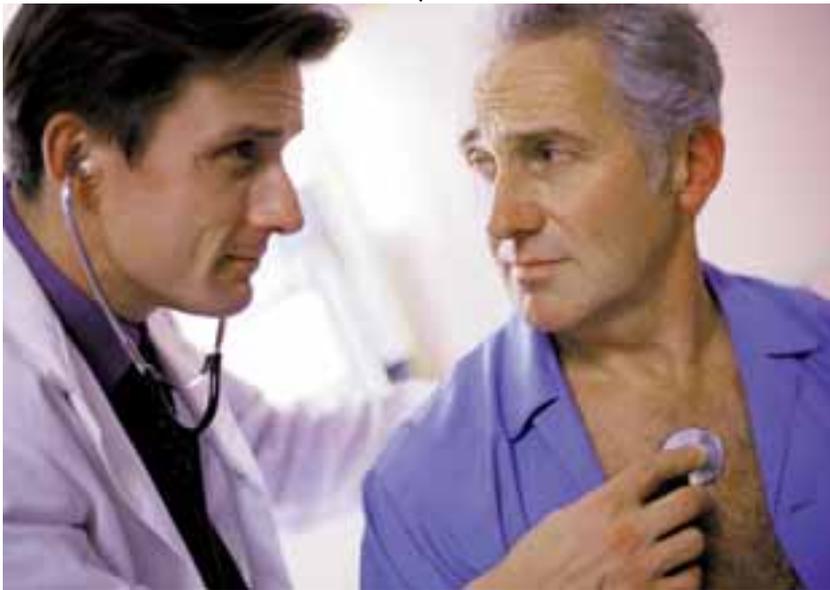
Possiamo dire che l'attivazione biologica e comportamentale dello stress è un fatto naturale, comune, normale, che rientra nei meccanismi fisiologici della vita. Lo stesso Selye aveva sottolineato come lo stress rappresenti *"l'essenza della vita"*. Ovviamente ci riferiamo a reazioni di stress cosiddetto "ottimale" in cui le risposte biologiche e comportamentali sia-

no sincrone ed articolate tra loro, con una attivazione ed una disattivazione rapida, seppure con una intensità variabile da caso a caso, senza mai raggiungere livelli eccessivi e limitata nel tempo.

Una reattività emozionale sbilanciata in senso somatico potrebbe dunque per stimolazioni emozionali ripetute ed intense, condurre l'individuo *nell'area di rischio psicosomatico* rendendolo più suscettibile a sviluppare malattie somatiche. Analogamente, una reattività emozionale sbilanciata in senso psicocomportamentale, potrebbe secondo Selye far entrare l'individuo più facilmente *nell'area di rischio psicopatologico* con possibilità di sviluppare problemi di tipo psichiatrico. Tuttavia dobbiamo ora effettuare una distinzione tra *stress acuto e stress cronico*; nel primo caso troviamo sostanzialmente le reazioni adattative cui abbiamo già accennato, nel secondo la reazione appare invece iperprotratta nel tempo e la stessa esposizione agli agenti stressanti appare prolungata. (Pancheri, 1980) Come vedremo, le manifestazioni fisiche che portano a patologie vere e proprie si accompagnano quasi esclusivamente allo stress cronico.

Tabella - Eventi compresi nelle Schedule of Recent Experiences di Rahe ed Holmes. Gli eventi, così ordinati seconda del loro peso (indicato a destra) costituiscono la Social Readjustment Rating Scale (da Weiss et al., 1989) Trattato italiano di psichiatria, 1999.

<i>Ordine</i>	<i>Evento</i>	<i>Valore</i>	<i>Ordine</i>	<i>Evento</i>	<i>Valore</i>
1	Morte del coniuge	100	23	Allontanamento di un figlio da casa	29
2	Divorzio	73	24	Problemi con parenti acquisiti	29
3	Separazione coniuge	65	25	Notevole successo personale	26
4	Carcerazione	63	26	Inizio o termine del lavoro del coniuge	26
5	Morte di un familiare stretto	63	27	Inizio o fine della scuola	26
6	Incidente o malattia	53	28	Cambiamento nelle condizioni di vita	25
7	Matrimonio	50	29	Cambiamento delle abitudini pers.	24
8	Licenziamento	47	30	Problemi col capo sul lavoro	23
9	Riconciliazione con coniuge	45	31	Cambiamento di orari/condizioni di lavoro	20
10	Pensionamento	45	32	Cambiamento di residenza	20
11	Cambiamento di salute di un familiare	44	33	Cambiamento di scuola	20
12	Gravidanza	40	34	Cambiamento di attività nel tempo libero	19
13	Problemi sessuali	39	35	Cambiamenti nelle attività religiose	19
14	Nuovo membro in famiglia	39	36	Cambiamento nelle attività sociali	18
15	Cambiamento negli affari	39	37	Ipoteca o prestiti non rilevanti	17
16	Cambiamento nello stato finanziario	38	38	Cambiamento nelle abitudini del sonno	16
17	Morte di un caro amico	37	39	Cambiamento nelle riunioni familiari	15
18	Cambiamento di lavoro	36	40	Cambiamento nelle abitudini alimentari	15
19	Cambiamento nei contrasti coniugali	35	41	Vacanze	13
20	Ipoteca rilevante	31	42	Natale	12
21	Prelusione per riscatto, debito, ipoteca	30	43	Lieve violazioni di legge	11
22	Cambiamento di responsabilità lavorativa	20	44		



Manifestazioni e sintomi dello stress

Possiamo dividere i sintomi dello stress in sintomi fisici e sintomi psichici

I sintomi fisici più comuni sono rappresentati da : costante stanchezza, insonnia, disturbi digestivi, ulcera gastroduodenale, colon irritabile, morbo di Crohn, persistente mal di testa, dolori muscolari, immunodepressione, tachicardia, extrasistoli, ipertensione arteriosa essenziale, cardiopatia ischemica, diabete.

I sintomi psichici invece sono: irritabilità, difficoltà di concentrazione, ansia generalizzata, disturbi da attacchi di panico, depressione.

Stress e psicopatologia

E' stato osservato che modificazioni stress-indotte, a carico dei principali sistemi neurotrasmettoriali centrali, indicano la possibilità che eventi stressanti esistenziali agiscano a livello della neurochimica cerebrale favorendo la manifestazione di alcuni disturbi psichiatrici.

Il rapporto tra psicopatologia ed eventi di vita appare complesso soprattutto considerando disturbi psichiatrici diversi, ma la moderna psichiatria (con la fine della distinzione tra nevrosi e psicosi, non più presente nelle ultime classificazioni del DSM) ha individuato in essi un fattore di rischio aspecifico per qualsiasi disturbo, continuando a riconoscere al tempo stesso specifici quadri psicopatologici direttamente espressione di eventi stressanti o traumatici, fatto salvo il riconosci-

mento dell'importanza degli altri fattori di rischio per la loro insorgenza (PTSD, Lutto Complicato, Disturbi dell'Adattamento, Psicosi Acuta con Rilevante Fattore di Stress).

Stress e disturbi d'ansia

Disturbi d'ansia rappresentano una delle principali aree nosografiche della psichiatria nella quale tuttora si confrontano diversi modelli teorici. La ricerca sull'ansia, infatti, è stata orientata dalle maggiori correnti di pensiero del nostro secolo, da quello filosofico-letterario a quello psicoanalitico particolarmente influente fino agli anni '60, che vede nell'ansia un segnale di pericolo, di minaccia e di fallimento dei meccanismi inconsci; da quello comportamentale sviluppatosi dopo la seconda guerra mondiale, che intende l'ansia come una risposta a stimoli condizionanti; quello biologico-clinico, in cui le indagini mirano ad identificare i meccanismi neurofisiologici e neurochimici dell'ansia. Un ruolo chiave va attribuito alle teorie evoluzionistiche, secondo cui le emozioni faciliterebbero l'adattamento alle variazioni ambientali: l'ansia svolgerebbe una importante funzione adattiva al fine della stessa sopravvivenza. In base alle differenti caratteristiche sintomatologiche, di decorso e di trattamento il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM IV) opera una distinzione categoriale tra ansia acuta (attacco di panico con e senza agorafobia) e ansia cronica (ansia generalizzata o GAD).

Disturbo da attacco di panico

Corrisponde ad un periodo preciso durante il quale vi è l'insorgenza improvvisa di intensa apprensione, paura o terrore improvvisi, spesso associati con una sensazione di imminente catastrofe. I sintomi del DAP sono caratterizzati da: palpitazioni, cardiopalmo, tachicardia, dolore o fastidio al petto, dispnea o sensazione di soffocamento, sudorazione, tremori fini o grandi scosse, nausea, sensazione di sbandamento, di instabilità, derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi), paura di perdere il controllo o di impazzire, paura di morire, parestesie, brividi o vampate di calore, iperventilazione. La durata dell'attacco è variabile, da dieci minuti a mezz'ora. Può accompagnarsi nei casi più gravi ad agorafobia, cioè il soggetto prova intensa paura degli spazi aperti; i timori agorafobici riguardano tipicamente situazioni caratteristiche che includono l'essere fuori di casa da soli, in mezzo alla folla o in coda; essere su un ponte, viaggiare in autobus, treno e automobile. La terapia si avvale di un intervento combinato a base di farmaci SSRI, di psicoterapia cognitiva-comportamentale, di tecniche di rilassamento. E' un disturbo che tende a cronicizzare.

Il Disturbo Acuto da Stress

Il Disturbo Acuto da Stress (DAS) è caratterizzato da una reazione ad un evento estremo. La persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno comportato la morte, o una minaccia per la vita, grave lesione, minaccia all'integrità fisica propria o di altri. (ad esempio incidenti stradali, comunicazioni di diagnosi infauste, aggressioni, rapine, stupri, torture etc) La risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore; durante o dopo l'esperienza dell'evento stressante l'individuo presenta sintomi dissociativi quali: sensazione soggettiva di insensibilità, distacco o assenza di reattività emozionale; riduzione della consapevolezza dell'ambiente circostante (stordimento), derealizzazione, depersonalizzazione, amnesia dissociativa (l'incapacità di ricordare qualche aspetto del trauma). L'evento traumatico viene rivissuto con immagini, pensieri, sogni, flashback persistenti, disagio all'esposi-



zione a ciò che ricorda l'evento traumatico. E' presente un marcato esitamento degli stimoli che evocano ricordi del trauma (es. luoghi, persone, pensieri, attività); sintomi marcati di ansia o di aumento dell'*arousal* (per es. difficoltà a dormire, irritabilità, ipervigilanza, irrequietezza motoria). Questo disturbo causa disagio clinicamente significativo, menomazione del funzionamento sociale, lavorativo, dura al minimo due giorni e al massimo quattro settimane, si manifesta entro quattro settimane dall'evento traumatico. La terapia si basa su l'uso di farmaci per il controllo della sintomatologia, su tecniche di rilassamento, su interventi di tranquillizzazione, terapia di gruppo nel caso di eventi collettivi (*defusing* e *debriefing*) tecniche specifiche di desensibilizzazione ed elaborazione dell'evento come l'EMDR.

Il Disturbo Post Traumatico da Stress

La caratteristica essenziale di questo disturbo è lo sviluppo di sintomi tipici che seguono ad un fattore traumatico estremo.

La persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, gravi lesioni, minaccia all'integrità fisica propria o di altri (vedi gli eventi citati nel precedente disturbo); la risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore. L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente con ricordi spiacevoli ricorrenti ed intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri o percezioni, sogni spiacevoli relativi all'evento, avere la sensazione che l'evento traumatico si stia ripresentando, ciò include la sensazione di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni ed episodi dissociativi di flashback. Disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che assomigliano all'evento traumatico; e' presente un evitamento persistente degli stimoli associati al trauma, quindi la persona evita i pensieri, le sensazioni o le conversazioni associate con il trauma; evita attività, luoghi e persone che

evocano ricordi; e' presente incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma, riduzione dell'interesse e della partecipazione ad attività significative, sentimenti di distacco e di estraneità verso gli altri e infine una ridotta affettività. E' presente in maniera significativa difficoltà ad addormentarsi o mantenere il sonno, irritabilità e scoppi di collera, mancanza di concentrazione, ipervigilanza con esagerate risposte di allarme. La durata del disturbo è per definizione superiore ad un mese e causa disagio clinicamente significativo con menomazione del funzionamento sociale, lavorativo. Anche in questo caso la terapia si basa su l'uso di farmaci per il controllo della sintomatologia, su interventi di psicoeducazione, su tecniche di rilassamento, su tranquillizzazione, gruppi nel caso di eventi collettivi (*defusing* e *debriefing*) tecniche specifiche di desensibilizzazione ed elaborazione dell'evento come l'EMDR, psicoterapie di diverso orientamento, compresa l'ipnosi.

Nel caso invece l'evento negativo non soddisfi i criteri per una caratterizzazione in senso strettamente traumatico, pur conservando l'accezione sfavorevole per l'esistenza dell'individuo (es.: problemi sentimentali, lavorativi, economici, interpersonali, etc.) le reazioni possono essere diagnosticate come **disturbi dell'adattamento**, cioè disturbi significativi ma in genere di minore entità, con sintomi per lo più (ma non solo) ansioso-depressivo, reattivi ad un evento emozionalmente significativo ma che non costituisce una minaccia all'integrità fisica della persona.

Il Disturbo D'ansia Generalizzato

La caratteristica essenziale del Disturbo d'Ansia Generalizzato è la presenza di ansia e preoccupazione (attesa apprensiva) eccessive, che si manifestano per la maggior parte del tempo per almeno sei mesi nei riguardi di una quantità di eventi o attività, come ad esempio prestazioni lavorative o scolastiche. L'intensità, la durata o la frequenza dell'ansia e della preoccupazione sono eccessive rispetto alla reale probabilità o impatto dell'evento temuto. La persona trova difficile impedire che i pensieri preoccupanti interferiscano con l'attenzione ai compiti che sta svolgendo, e difficoltà ad interrompere la preoccupazione.

Le persone affette da GAD spesso si preoccupano per circostanze quotidiane, abitudinarie come responsabilità lavorative, problemi economici, salute dei familiari, disgrazie per i propri figli. In ambito clinico il disturbo viene diagnosticato un po' più frequentemente nelle donne (55-60%) rispetto agli uomini. Il decorso è cronico ma fluttuante e spesso peggiora durante i periodi di stress.

I sintomi più frequenti sono: irrequietezza, sentirsi tesi o con i nervi a fior di pelle, facile affaticabilità, difficoltà di concentrazione e vuoti di memoria, mal di testa, sudorazione, irritabilità, tensione muscolare, alterazioni del sonno come difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, sonno inquieto e insoddisfacente. (DSM IV)

La terapia comprende l'uso di farmaci o di psicoterapia.

Si utilizza infine la diagnosi di **fobia** quando l'ansia compare solo in presenza - o quando si è esposti anche solo "simboli-

camente" - a particolari situazioni, oggetti o animali (viaggi in aereo, viaggi in mare, paura dei serpenti o di altri animali etc., spazi aperti o luoghi chiusi, etc.) Nel DSM IV troviamo: la **fobia Sociale**, **fobia specifica**, il **disturbo ossessivo compulsivo**.

Gli interventi infermieristici e le tecniche di fronteggiamento dello stress e dell'ansia

"Concedimi il coraggio di cambiare le cose che posso cambiare, la serenità di accettare le cose che non posso cambiare, e la saggezza di conoscere la differenza". (R. Niebuhr)

Forse il modo migliore di trattare lo stress può essere trovato in questo elegante passaggio di Reinold Niebuhr, perché il processo di apprendimento e di risoluzione è lungo una vita; spesso le persone riescono a fronteggiare lo stress anche in brevi periodi, ma l'ostacolo maggiore può essere rappresentato a volte da un ritardo diagnostico e dalla difficoltà di chiedere un aiuto specifico. Lo stress e i disturbi che ne conseguono dovrebbero essere trattati professionalmente e in modo integrato (terapia farmacologia, interventi educativi e tecniche alternative di gestione dei sintomi). Possono essere forniti una serie di livelli e luoghi di cura possibili, ma la maggior parte delle cure si effettua a livello ambulatoriale, basando la scelta su più fattori, tra i quali il grado di disabilità di cui è affetto l'individuo. In genere il trattamento raccoman-

dato si basa su una combinazione di farmaci, psicoterapia ed interventi educativi. Chi fornisce l'assistenza dovrebbe avere le competenze e lo spirito critico per aiutare ad affrontare e gestire il cambiamento in modo efficace. È importante sottolineare come la formazione dell'infermiere in questo ambito debba essere specifica (apprendimento teorico, training clinici). La formazione del paziente è un potente strumento per iniziare questo percorso. Al paziente viene fornita un'opportunità di cambiamento quando gli viene insegnato come trattare la sua malattia o come cambiare il suo stile di vita. Il processo di cambiamento è simile al processo di assistenza nel quale il cambiamento comprende la valutazione, la pianificazione, la progettazione, l'implementazione e la valutazione del risultato. Gli interventi infermieristici dovrebbero essere mirati a gestire le situazioni di crisi e i sintomi nei disturbi a decorso cronico, in aggiunta ad una educazione dell'individuo e dei familiari.

L'intervento sulla crisi

Deve comprendere tutti quegli interventi tecnici ed assistenziali volti a ridurre nel paziente la sintomatologia nella fase acuta, per esempio come essa si presenta frequentemente e tipicamente nel Disturbo da Attacchi di Panico, ma anche nelle fasi acute del Disturbo da Ansia Generalizzata. È chiaro che questo tipo di interventi presuppongono anche da parte dell'infermiere una adeguata valu-



tazione clinica. I possibili interventi infermieristici possono essere così brevemente schematizzati:

- correggere i sintomi fisici: accogliere e rassicurare la persona, correggere l'iperventilazione (il ripristino di una buona respirazione aiuta a superare alcuni sintomi tipici del disturbo come la sensazione di svenire, le parestesie agli arti superiori; riduce la frequenza cardiaca, etc.), somministrare i farmaci prescritti fornendo con chiarezza le necessarie spiegazioni sulla loro funzione;
- strategie psicoeducazionali: fornire notizie sul disturbo, insegnare tecniche di rilassamento muscolare associate a respirazione profonda, esercizi di visualizzazione o immaginazione guidata, inserimento in interventi di gruppo (auto mutuo aiuto).

Gli interventi psicoeducazionali sono finalizzati a ridurre i sintomi dell'ansia. A questo scopo appare utile:

- utilizzare frasi brevi e semplici quando si comunica con il paziente, mantenere sempre un atteggiamento calmo ed empatico. Aiutare il paziente ad identificare le situazioni ansiogene (la tenuta di un diario su cui annotare le informazioni può risultare utile); consigliare tecniche semplici di riduzione dello stress (ascolto della

musica, distrazione, etc.), promuovere l'esercizio fisico, lo yoga, il rilassamento muscolare progressivo, le tecniche di respirazione profonda, la meditazione, incoraggiare il paziente a verbalizzare le sensazioni d'ansia; insegnare al paziente a monitorare le proprie sensazioni oggettive e soggettive di ansia (ad es. tachicardia, tachipnea, sudorazione, difficoltà di concentrazione, insonnia). Educare il paziente sull'uso corretto dei farmaci ansiolitici (da non associare mai all'alcool) e sulla prevenzione dell'abuso di sostanze psicotrope;

- fornire un sostegno ai familiari, incluse le informazioni sulla malattia e sugli interventi terapeutici.

Nel Disturbo Acuto da Stress dobbiamo ricordare la possibilità di impiegare precise tecniche di desensibilizzazione, come:

- *il Defusing*: è una tecnica di pronto soccorso emotivo, si tratta di un intervento breve che dura circa 20-40 minuti e che viene organizzato per un gruppo di persone (circa 6-8) reduci da un episodio particolarmente disturbante e/o traumatizzante. E' una tecnica di gestione dello stress da evento critico, serve essenzialmente per ridurre il senso di isolamento e di impotenza, a ridurre ed attenuare le reazioni intense e le angosce provocate dal-

l'evento traumatico, aiutando il gruppo a ritornare ad una sorta di normalità fornendo soluzioni a breve termine. E' strutturato in tre fasi: introduzione, fase esplorativa, fase informativa;

- *il Debriefing*: è anch'essa una tecnica di pronto soccorso emotivo, è un incontro più strutturato del defusing e successivo ad esso. Può essere organizzato per il singolo o per il gruppo (circa 20-25 persone) la cui durata è di circa 2-3-ore. *Il debriefing* offre agli individui vittime di un trauma la possibilità di esternare e confrontare con altri i propri pensieri, ricordi ed emozioni disturbanti in modo da comprenderli e normalizzarli. Per tale motivo è un efficace e valido mezzo di riduzione dello stress traumatico. Questo intervento dovrebbe essere effettuato 24-76 ore dopo l'evento critico, e ha lo scopo di contenere le reazioni, di favorire il recupero delle persone, istruire rassicurare; è strutturato in sette fasi: introduzione, fase del fatto, fase del pensiero, fase della reazione, fase dei sintomi, fase della formazione, reinserimento e conclusione. Questi interventi possono essere utilizzati solo da personale infermieristico formato e abilitato al CISM (Critical Incident Stress Management).

Nel Disturbo da Stress Post Traumatico ricordiamo, oltre all'importanza delle terapie tradizionali, l'impiego di tecniche maggiormente strutturate e specialistiche, come:

- l'ipnosi;
- l'Emdr (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) è una tecnica innovativa molto adatta a essere utilizzata efficacemente nei pazienti affetti da questo disturbo. Questa tecnica ha come riferimento teorico il modello di elaborazione accelerata dell'informazione che si basa sul concetto che alcuni disturbi mentali siano il risultato di una informazione mantenuta in modo non funzionale nel sistema nervoso dovuta a una elaborazione incompleta dell'esperienza traumatica. Come approccio clinico è stato creato nel 1989 da F. Shapiro e da allora negli Stati Uniti e in Europa è stato utilizzato come strumento di intervento per questo grave disturbo. E' una tecnica psicoterapeu-



tica e quindi non utilizzabile professionalmente dall'infermiere;

- la psicoterapia;
- *il Defusing e il Debriefing*.

La valutazione infermieristica deve:

- identificare tipi o modelli di stressors più in grado di innescare la reazione ansiosa;
- identificare quale è o è stata la risposta alle situazioni stressanti, che tende a ripetersi nel tempo;
- aiutare il paziente ad identificare i nessi tra stimoli stressanti, valutazione degli stessi da parte del soggetto, pensieri, sentimenti e comportamenti messi in atto per fronteggiare l'ansia e valutarne insieme al paziente l'appropriatezza e l'efficacia;
- valutare i sintomi psicologici, cognitivi e comportamentali: tono dell'umore, rischio suicidario, gravità dell'esperienza soggettiva di ansia, comprensione del disturbo specifico;
- esplorare il funzionamento sociale: la capacità di interagire in un contesto sociale e lavorativo, l'impatto dei sintomi sulle relazioni interpersonali del paziente, identificare i fattori stressanti.

CONCLUSIONI

La vita è cambiamento, gli avvenimenti esistenziali contribuiscono a tale cambia-

mento e ne scandiscono il ritmo. Dai piccoli eventi della vita quotidiana, fino agli importanti avvenimenti che richiedono una completa riorganizzazione della vita precedente, tutto contribuisce al continuo sforzo di adattamento dell'uomo al suo ambiente psicosociale e al suo continuo plasmarsi sul piano bio-psico-sociale al mondo circostante. I mutamenti funzionali indotti dagli eventi di vita e dalla necessità di riadattamento a livello dei grandi sistemi fisiologici (sistema neurovegetativo, neuroendocrino ed immunitario) possono in alcune circostanze creare le condizioni predisponenti per l'insorgenza di malattie somatiche e psichiche. Come abbiamo visto la reazione di stress di per sé è una reazione tipicamente difensiva e di adattamento di fronte ad una situazione percepita più o meno appropriatamente come pericolosa; è quindi una reazione non necessariamente dannosa, ma anzi tesa a proteggere l'individuo.

Abbiamo potuto osservare come gli individui che vivono prolungati periodi di stress rischiano di sviluppare malattie somatiche o psichiatriche; nel presente articolo abbiamo descritto solo quelli più frequenti, che si riscontrano più spesso presso un Pronto Soccorso o presso un Ambulatorio di medicina generale di un medico di base. Questi disturbi sono condizioni psichiatriche comuni e, presi insieme, hanno una prevalenza annuale stimata di circa il 15%; il costo economico dei disturbi d'ansia per

la società e per i pazienti è pertanto particolarmente elevato, anche perché raramente questi disturbi si risolvono con una remissione completa, evolvendo spesso in una condizione cronica che può durare tutta la vita.

Pur trattandosi di disturbi diagnosticabili in maniera differente, la psichiatria è sempre più orientata a considerarli come facenti parte di un unico spettro psicopatologico, situandoli quindi lungo un *continuum*, perché spesso sono co-presenti nello stesso individuo o perché diagnosticabili in momenti successivi lungo la storia clinica dello stesso paziente o perché direttamente evolvendosi e trasformandosi l'uno nell'altro.

Come abbiamo visto, l'infermiere esperto in salute mentale, in collaborazione con gli altri tecnici del settore, può di sicuro rappresentare un'importante figura professionale per aiutare il paziente a comprendere e gestire l'ansia e lo stress: attraverso una serie di interventi mirati può infatti rappresentare attivamente un importante catalizzatore di cambiamento verso una maggiore salute mentale.

AUTORE:

Nicoletta Malchiorre, dottore magistrale in Infermieristica, abilitata al Critical Incident Stress Management. DSM ASL RME Ospedale S. Spirito - Roma

BIBLIOGRAFIA

- Cosci F. Cecchi C. et al. (2004). Eventi di vita e patologia psichiatrica. *Noos Aggiornamenti in psichiatria*, 10 (3), 187-214.
- DSM IV. (1995). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano, Masson Editore
- Linley PA. Joseph S. (2004). Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal Trauma Stress*, 17 (1), 11-21
- Meichenbaum D. (2005). *Al termine dello stress: prevenzione e gestione secondo l'approccio cognitivo comportamentale*. Trento, Erickson Editore
- Pancheri P. GB Cassano. et al. (1999). *Neurobiologia dello stress*. Trattato Italiano di Psichiatria. Milano, Masson Editore
- Pancheri P. (1980). *Stress Emozioni Malattia*. Milano, Edizioni Scientifiche e Tecniche Mondadori
- Pozzi F. Frajese G. (2004). Regolazione neuroendocrina dello stress: recenti acquisizioni. *Noos Aggiornamenti in psichiatria*, 10 (3), 143-154.
- Pelegri V. Fernandez G. et al. (2001). Differential diagnosis of post concussive syndrome. *Review Neurology*, 32 (9), 867-84
- Rossati A. Magno G. (2001). *Stress e burnout*. Roma, Carocci Editore
- Troisi A. (2004). Il concetto di evento stressante nella prospettiva della psichiatria darwiniana. *Noos Aggiornamenti in psichiatria*, 10 (3), 155-164
- Troisi A. (2002). Displacement activities as a behavioral measure of stress in nonhuman primates and human subject.

Cambia il mondo, cambiano i tempi, cambia la professione

Il contributo di tutti per aggiornare il codice deontologico degli infermieri

Siamo oggi sempre più protagonisti nel mondo delle Professioni. Abbiamo lo status giuridico di professionisti intellettuali, artefici primari dell'assistenza sanitaria. L'ordinamento ci riconosce nuova autonomia e responsabilità. Rappresentiamo un punto di riferimento per tante Professioni e siamo consapevoli di aver meritato sul campo questo privilegio. Ne siamo consci al punto da ritenerlo un onere e siamo determinati a farvi fronte.

In un decennio, gli Infermieri italiani hanno segnato tappe importanti del loro cammino. Hanno assunto capacità uniche in campo socio-sanitario, con una formazione di alto livello e competenze sviluppate nelle università e nella ricerca. E' una storia professionale che traccia un percorso in itinere. Proprio questa è la sua forza: crescere sempre, stabilire nuovi traguardi in tutti gli ambiti professionali e perseguirli con determinazione.

In questi anni, il Codice Deontologico dell'Infermiere ha guidato la Professione in un frangente storico difficile, spesso combattuto fra scienza e coscienza. Dal 1999, anno della sua promulgazione nel XII Congresso Nazionale Ipasvi di Rimini, ha costituito un faro cui affidare il nostro agire quotidiano, l'elemento etico a

cui riferirsi in ogni condizione, specie le più difficili e controverse che la nostra attività ci riserva per sua stessa natura.

La società, la scienza, la tecnologia ci riservano oggi un divenire rapido e talvolta tumultuoso. Ci si prospettano nuove opportunità, nuovi scenari, nuovi rischi. Gli interrogativi cambiano e con essi i riferimenti professionali devono sapersi aggiornare, affinare, arricchire.

E' questa la chiave di lettura della prima revisione del Codice Deontologico dell'Infermiere che il Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha aperto al contributo di tutti gli Infermieri italiani. E' un codice che mette in evidenza la centralità della persona nel rispetto dei principi etici della professione.

La sua prima stesura rappresenta un'importante "bozza" su cui discutere per ampliare e approfondire il dibattito nella Professione. Il documento può essere integrato e perfezionato con i consigli e le osservazioni di tutti i colleghi. Serve il contributo di tutti per definire questo fondamentale strumento di orientamento del nostro esercizio professionale. Insieme, dunque, facciamo fare un altro passo avanti alla Professione.

Il Collegio IPASVI in Rete

italiano

benvenuti

welcome

bienvenidos

español

english

www.ipasvi.roma.it

Siamo anche su Televideo Rai 3 alla pagina 439

Focus

**III Conferenza Internazionale
del Sapere Infermieristico**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

III Conferenza Internazionale del Sapere Infermieristico Errori in sanità: infermieri allo specchio

*GRANDE SUCCESSO PER L'APPROFONDIMENTO DEDICATO AGLI ERRORI IN SANITÀ'.
CENTINAIA DI INFERMIERI ITALIANI E STRANIERI SI SONO CONFRONTATI
SUL TEMA DEI "DANNI EVITATI". IL COLLEGIO IPASVI DI ROMA HA PRESENTATO
UNA RICERCA INTERNAZIONALE CHE HA DEFINITO I CONTORNI DEL FENOMENO,
LE PRINCIPALI CAUSE DI ERRORE E LE PROCEDURE PER EVITARLE*

Molti errori in sanità possono essere evitati, assicurando una maggiore sicurezza al paziente e agli stessi operatori. Gli infermieri italiani ne sono consapevoli e si sono attivati per ridurre sensibilmente il rischio di errori nella pratica clinica. E' il quadro emerso dall'approfondimento dedicato al tema dei near misses (danni evitati) dalla "III Conferenza Internazionale del Sapere Infermieristico" che si è tenuta a Roma il 17 e 18 aprile scorsi. Vi han-

no preso parte centinaia di infermieri provenienti da tutta Italia e delegazioni estere giunte appositamente da Usa, Regno Unito, Spagna e Canada, alla presenza dei presidenti dei principali Ordini degli infermieri del mondo, con la Federazione IPASVI italiana e quella europea (FEPI) rappresentate ai massimi livelli. Si è trattato di un confronto aperto e franco su un tema difficile e così delicato come quello degli errori. Unanime la valuta-

zione positiva sulla conferenza, colta dai partecipanti come un vero "evento" per la professione, un'occasione significativa per scandagliare il fenomeno e attrezzarsi per fronteggiarlo al meglio. Obiettivo, questo, che è emerso chiaramente anche dalla vasta copertura mediatica dei lavori, un messaggio positivo ai cittadini passato correttamente attraverso la grancassa dell'informazione che, specie su un tema come quello degli errori in sanità, avrebbe potu-





to cedere alle sirene della spettacolarità e al rischio di strumentalizzazioni.

La conferenza, articolata in cinque sessioni plenarie e quattro parallele, ha scandagliato questioni di grande interesse infermieristico, presentando lavori di elevato livello scientifico nei campi della ricerca, della pratica clinica, dell'innovazione assistenziale e dell'educazione sanitaria. Grande interesse hanno destato inoltre la sessione dedicata ai poster e il dibattito con cui gli infermieri si sono confrontati con i rappresentanti politici e istituzionali del Parlamento e della Regione Lazio.

Il Collegio IPASVI di Roma, promotore dell'evento, ha raccolto il plauso corale dei colleghi italiani e stranieri anche per la ricerca internazionale sui near misses condotta in collaborazione con l'Università di Toronto e nove Aziende ospedaliere dell'area romana, presentata ufficialmente nel corso della conferenza.

LA RICERCA

Lo studio, dal titolo "Il contributo infermieristico alla sicurezza del paziente in ospedale: uno studio qualitativo multicentrico sui near misses (danni evitati)", ha impegnato per tre anni e mezzo 230 tra infermieri e coordinatori, con la partecipazione di operatori, pazienti e familiari. La metodologia applicata è stata quella dei focus group; ne sono stati realizzati 29 per indagare in profondità il problema dei ne-

ar misses tra gruppi di infermieri che lavorano in ambito ospedaliero (per un totale di 2.500 ore di attività). Si è proceduto poi con l'analisi delle indicazioni raccolte e la definizione delle possibili applicazioni.

Le principali cause di errore rilevate sono riferibili a: stanchezza, doppi turni di lavoro, diminuzione del personale, aumento dei carichi di lavoro, turn over del perso-

nale, comunicazioni errate od omesse, interferenze ambientali, deficit strumentali e organizzativi.

Le strategie individuate per ridurre al minimo il rischio di errore in ambito ospedaliero sono: passare da un sistema punitivo nei confronti dei presunti responsabili a un sistema non repressivo che favorisca la segnalazione spontanea di errori; diffondere la cultura prevenzione e previsio-





ne dei possibili errori; adottare una gestione integrata del rischio con la partecipazione di tutti gli attori coinvolti per introdurre cambiamenti nella pratica clinica; realizzare un sistema di individuazione e correzione sistematica delle situazioni a rischio di errore e di danno.

Dalla ricerca emergono alcuni punti fermi: un atteggiamento positivo e fattivo da parte degli infermieri che non si limitano alla denuncia ma si attrezzano per combattere il rischio di errori; la necessità di non intervenire sull'errore compiuto ma di prevenirlo operando opportunamente sull'area degli errori mancanti; garantire più adeguate condizioni di lavoro agli operatori per aumentarne il grado di soddisfazione e gratificazione.

In effetti, la frequenza con cui si verificano gli errori appare direttamente collegata alla carenza di personale infermieristico, che nel Lazio (dove mancano almeno 4 mila infermieri negli organici di Aziende sanitarie e ospedaliere) è particolarmente drammatica. Di conseguenza, i doppi e tripli turni a cui il personale in servizio è costretto a sottoporsi per sopperire ai vuoti di organico accresce la stanchezza e aumenta il rischio di errore.

IL CONFRONTO

I lavori della Conferenza hanno rilanciato con forza anche la necessità che i percorsi di alta specializzazione del personale infermieristico siano riconosciuti sul piano contrattuale e retributivo oltre che legislativo, come nel caso dei master clinici e della figura dell'esperto clinico. Ad oggi, infatti, al grande impegno mostrato dalla categoria sul fronte formativo non ha corrisposto un adeguato riscontro contrattuale ed economico.

La duegiorni di studio si è chiusa con una tavola rotonda a cui hanno partecipato i senatori Cesare Corsi e Paola Binetti, l'onorevole Domenico Di Virgilio, il consulente del Ministero della Salute Saverio Proia, il rappresentante di "Cittadinanza Attiva" Antonio Ferraro, l'assessore alla Sanità della Regione Lazio Augusto Battaglia e il presidente del Collegio IPASVI di Roma Gennaro Rocco. Ne è emerso un impegno unanime ad operare affinché il sistema di prevenzione degli errori in sanità sia adottato in ogni struttura di cura, mentre la Regione Lazio ha assicurato interventi rapidi per arginare la grave carenza di infermieri. Dal Collegio si è levato inoltre un pressante invito al nuovo Parlamento affinché sia calendarizzata e approvata al

più presto la riforma degli Ordini professionali, con la trasformazione dei Collegi IPASVI in Ordini degli Infermieri e con l'istituzione di nuovi ordini per le figure sanitarie che ancora ne sono sprovviste. Un invito che i parlamentari presenti hanno raccolto, assicurando il loro diretto interessamento.

"La Conferenza di Roma ha offerto un vasto scenario della competenza specifica sviluppata dagli infermieri in chiave attuale e futura - ha sottolineato il presidente del Collegio IPASVI di Roma, Gennaro Rocco - Ha fornito una preziosa occasione di confronto con i colleghi dei Paesi a sanità più avanzata, comparando modelli assistenziali diversi e misurando su scala mondiale la crescita professionale degli infermieri italiani. Questi rappresentano oggi le principali "sentinelle anti-errore", conoscono in profondità il problema e si sono attrezzati per combatterlo. Ciò che chiedono è di essere messi nelle condizioni di poter operare al meglio, nell'interesse primario della collettività".

Gli atti della III Conferenza Internazionale del Sapere Infermieristico sono stati raccolti a cura del Collegio e saranno presto disponibili per i colleghi che ne faranno richiesta.

III Conferenza Internazionale del Sapere Infermieristico
La campagna del Collegio IPASVI di Roma per prevenire i rischi di errore

Se li conosci li eviti!

In un sondaggio la percezione degli infermieri: l'83% individua le carenze di organico come fattori di rischio molto importanti o determinanti; l'81% sottolinea l'importanza di un'adeguata organizzazione; il 78% attribuisce un ruolo determinante alla formazione e all'aggiornamento

Oltre ai tradizionali impegni che hanno caratterizzato la preparazione della III Conferenza Internazionale organizzata dal Collegio Ipasvi di Roma su "L'impegno dell'infermiere per la sicurezza del malato: un'alleanza terapeutica (Roma, 17 e 18 aprile 2008), quest'anno abbiamo voluto sperimentare una modalità nuova di comunicazione con gli iscritti.

Su un tema così importante abbiamo voluto sentire in corso d'opera anche i nostri colleghi, effettuando un sondaggio online finalizzato a rilevare la percezione che gli infermieri hanno dei fattori di rischio e delle cause che possono determinare l'errore in sanità.

L'iniziativa è stata molto apprezzata: ben 888 infermieri hanno risposto, dimostrando una grande sensibilità al tema.

Ma, al di là dei numeri, sono importanti le opinioni che i Colleghi hanno espresso: dalle risposte al questionario e dai commenti liberi, con cui ne hanno concluso la compilazione, emerge un grande senso di responsabilità, tipico di chi interpreta il proprio ruolo come quello di un professionista a 360 gradi.

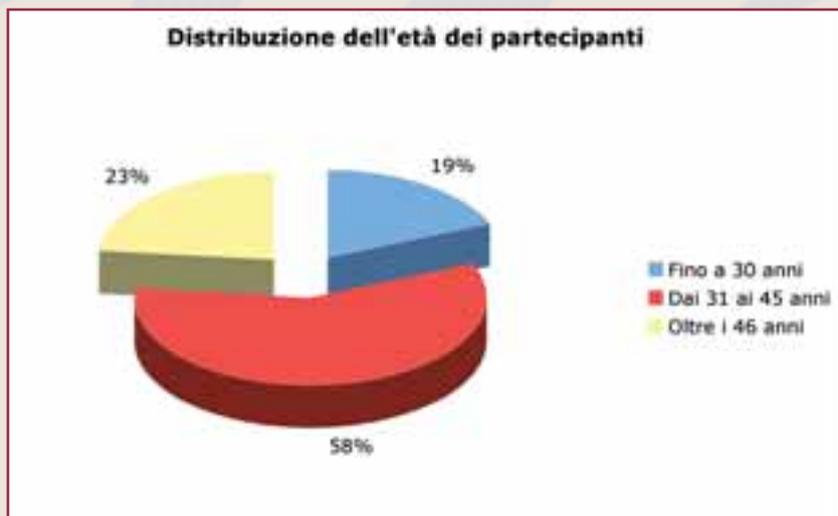
Nessuno dei partecipanti al sondaggio ha negato che gli errori in sanità costituiscono una reale criticità del sistema; nessuno ha giocato al rimpallo delle responsabilità. Tutti, invece, non solo si sono sentiti coinvolti in pieno in queste dinamiche, ma hanno anche dato il proprio contributo per analizzare e cercare soluzioni ai problemi attuali al fine di migliorare la sicurezza del malato.

Un filo rosso sembra attraversare tutte le

risposte e i commenti: la soluzione è nel maggiore impegno dei professionisti, in un investimento nella formazione continua e specialistica, nella necessità di introdurre nel lavoro nuovi modelli organizzativi, nella valorizzazione del ruolo infermieristico. Molti sottolineano la necessità del dialogo all'interno della professione e con le

Età

Fino a 30 anni	Dai 31 ai 45 anni	Oltre i 46 anni
166	514	208
18.69%	57.88%	23.42%



altre figure sanitarie.

Riportiamo in questo rapporto alcune delle risposte per condividerle e riflettere ancora insieme.

Il campione

Genere

Femmina	Maschio
608	280
68.47%	31.53%

Il questionario, pubblicato sul sito del Collegio dal 10 marzo al 10 aprile 2008, è stato compilato da **888 infermieri**, iscritti per circa il 92% del campione al Collegio di Roma.

Il 57.88% dei rispondenti rientra nella fascia d'età dai 31 ai 45 anni con una media di 15 anni di lavoro alle spalle: si tratta quindi di professionisti nel pieno della loro esperienza lavorativa.

Il campione rileva una percentuale di maschi (**31.53%**) lievemente maggiore rispetto alla composizione per genere

dell'intera professione (dato nazionale **18.57%**; Italia centrale **20.63%**).

La composizione delle risposte è rappresentativa delle varie unità operative, con una particolare sensibilità all'iniziativa da parte degli infermieri che operano in Terapia intensiva, Pronto soccorso e Medicina.

Anni di esperienza lavorativa

Somma	6806
Deviazione Standard	9
Media	15
Minimo	0
Primo Quartile (Q1)	8.25
Secondo Quartile (Mediana)	15
Terzo Quartile (Q3)	21
Massimo	44

Unità Operativa in cui si presta servizio

Pronto soccorso	72	8.11%
Chirurgia	48	5.41%
Medicina	76	8.56%
Pediatria	20	2.25%
Ambulatorio	48	5.41%
Chirurgia specialistica	58	6.53%
Medicina specialistica	42	4.73%
Day hospital	18	2.03%
Blocco operatorio	44	4.95%
Terapia intensiva	96	10.81%
Altro	366	41.22%

La percezione dei fattori di rischio

Per l'82.88% del campione la carenza di organici adeguati da un punto di vista



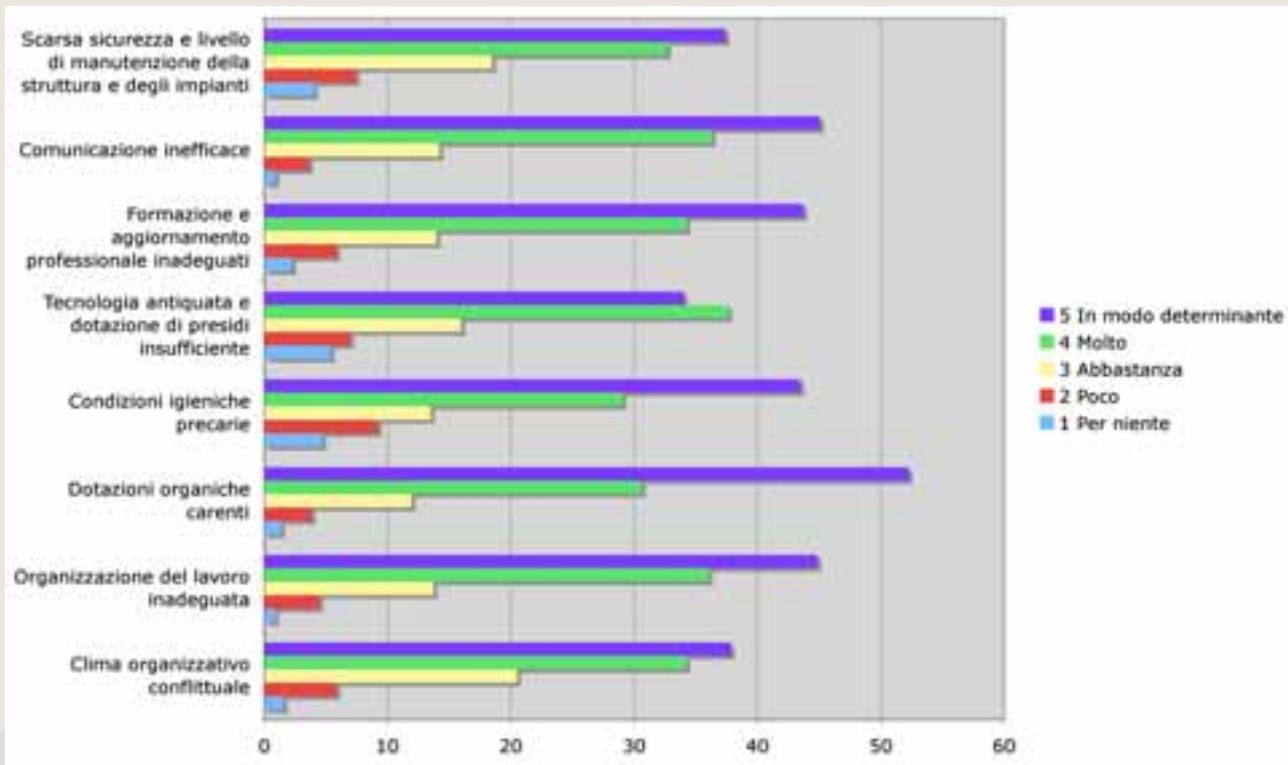
quantitativo e qualitativo costituisce un fattore di rischio "molto importante" o "determinante" per la sicurezza dei pazienti. La valutazione tiene conto anche della presenza del personale di supporto. Gli infermieri che lavorano in condizioni di "emergenza" sono ben consapevoli della difficoltà di garantire livelli ottimali di attenzione e di controllo su ogni singolo atto.

Emerge un disagio molto elevato (80.86%) anche in relazione alla valutazione di un'adeguata organizzazione del lavoro: definizione di ruoli e responsabilità di tutte le figure professionali, adozione di procedure operative e organizzative ecc.

Il 72.07%, che indica come elemento di rischio "molto importante" o "determinante" il clima organizzativo, probabilmente in rapporto a vissuti personali, richiama l'importanza che gli operatori

siano motivati nel loro lavoro e liberi da tensioni e conflitti professionali e inter-professionali. La formulazione della domanda chiarisce che il riferimento è a "rapporti con i colleghi e altri professionisti dell'équipe, capacità di fare squadra intorno al paziente, sentirsi parte integrante dell'azienda ecc.". Nel complesso, gli infermieri attribuiscono, quindi, un'importanza maggiore a tutti gli elementi legati alla responsabilità professionale individuale e dell'équipe curante (comunicazione – 81.31%, organizzazione del lavoro – 80.86%, formazione – 77.92%) rispetto a quella derivante da carenze strutturali (per es. sicurezza e manutenzione degli impianti – 70.05%), carenze ambientali e tecnologiche (per es. rispetto norme igieniche - 72.52%, tecnologie e materiali monouso ecc. – 71.62%).

	1 Per niente %	2 Poco %	3 Abbastanza %	4 Molto %	5 In modo determinante %
Clima organizzativo conflittuale	1.58	5.86	20.50	34.23	37.84
Organizzazione del lavoro inadeguata	0.90	4.50	13.74	36.04	44.82
Dotazioni organiche carenti	1.35	3.83	11.94	30.63	52.25
Condizioni igieniche precarie	4.73	9.23	13.51	29.05	43.47
Tecnologia antiquata e dotazione di presidi insufficiente	5.41	6.98	15.99	37.61	34.01
Formazione e aggiornamento professionale inadeguati	2.25	5.86	13.96	34.23	43.69
Comunicazione inefficace	0.90	3.60	14.19	36.26	45.05
Scarsa sicurezza e livello di manutenzione della struttura e degli impianti	4.05	7.43	18.47	32.66	37.39



La parola agli infermieri

Selezione dai commenti liberi in calce al questionario

Carenza di dotazioni organiche

- La carenza di personale sicuramente influisce nel fare manovre avventate.
- Sono la sicurezza e la superficialità che a volte ci fanno muovere senza soffermarci a riflettere e a parlare con il paziente e il familiare.
- Aumentare il numero del personale: infermieri stanchi per le troppe “lunghe” incidono sulla sicurezza del malato.
- Più personale infermieristico: la carenza porta a lavorare in fretta e male, con un notevole aumento del rischio di sbagliare
- La carenza di organico ti impone di dedicarti soprattutto alle prestazioni tecnico-assistenziali e di sacrificare le attività di relazione con il paziente che, invece, secondo me sono il cuore dell’Infermieristica.
- Ci sono troppi doppi turni che incidono anche sulla capacità di attenzione dell’infermiere e, quindi, sulla possibilità di ridurre il rischio clinico e di prevenire l’errore.

- Un elenco di cose fondamentali da attuare per prevenire gli errori lo farei così: dotazioni organiche in funzione alla complessità del paziente e non basate sugli standard (Cipe ‘84), formazione permanente, analisi e gestione degli errori/eventi avversi, revisione dell’organizzazione.
- Penso che sia indispensabile adeguare in termini numerici il personale infermieristico e implementare il personale di supporto in modo che l’infermiere si possa dedicare all’assistenza specialistica infermieristica e non a lavori di segreteria o da ausiliario.
- Serve una maggiore presenza del personale ausiliario di supporto all’infermiere, che lo esima da mansioni improprie e che gli permetta di pianificare e gestire l’assistenza.

Organizzazione del lavoro

Cosa serve? Una congrua dotazione organica, un modello organizzativo adeguato alla complessità assistenziale e l’obiettivo di personalizzare l’assistenza. Servono nuovi modelli organizzativi che prevalgano sul modello tecnico largamente usato negli ospedali (es. per settori): sarebbe utile avere una visione più completa, ma su un numero minore di pazienti.

Maggiore attenzione al controllo delle infezioni ospedaliere, con protocolli e procedure definite ed applicate. Chiederei il reale impegno da parte di tutti gli organi preposti a livello istituzionale, a cascata dall’alto verso il basso, nell’adeguare le misure di sicurezza. Tutto quanto previsto dal Clinical Risk Management in realtà viene soltanto applicato parzialmente ed in piccole realtà élitarie, con la solita profonda divisione tra Nord e Sud. Nell’acquisto dei presidi idonei alla sicurezza del paziente bisognerebbe almeno consultare l’Ufficio infermieristico. Attrezzature all’avanguardia riducono di molto il rischio di caduta durante il passaggio dalla lettiga al tavolo operatorio... Una migliore organizzazione del Ssn: da una parte migliori strutture per quanto riguarda i pazienti di terapia intensiva e dall’altra strutture intermedie per la gestione dei malati lungodegenti. Urgono, a mio avviso, l’elaborazione e l’implementazione delle procedure sul rischio infettivo, formazione del personale, ma anche il riconoscimento di un’incentivazione economica riguardo a progetti specifici e all’impegno dei singoli.

Clima organizzativo

Secondo me è importante che ci sia più dialogo tra le professioni: in alcuni ambienti l'infermiere è ancora considerato come un semplice esecutore...

E' importante che si facciano più riunioni di reparto intra ed interprofessionale. Sono convinta che sia necessario migliorare il lavoro di équipe, integrando i dialoghi e il passaggio di informazioni dettagliate sulle condizioni del paziente e sul decorso clinico.

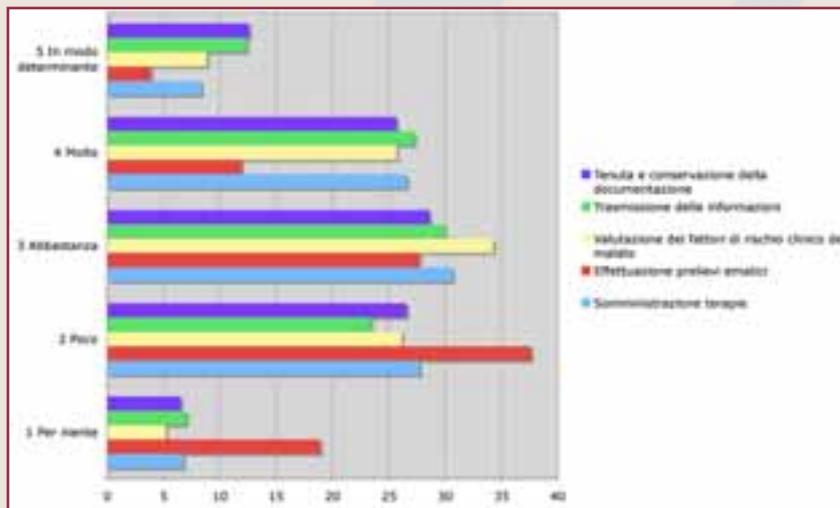
Maggiore professionalità, ma anche più coinvolgimento nel lavoro di équipe delle varie figure sanitarie per creare una reale integrazione tra professionisti.

Vorrei che il rapporto tra infermieri e medici sia più aperto a consigli e critiche costruttive, insieme all'indispensabile fiducia reciproca e al rispetto per la figura professionale.

L'esposizione ai fattori di rischio nelle pratiche assistenziali

Nella percezione degli infermieri il rischio di errore non sembra particolarmente legato a prestazioni di tipo clinico-assistenziale: infatti il valore "in modo determinante" si attesta solo intorno al 4% in riferimento alla voce "effettuazione dei prelievi ematici" e all'8.33% per la "somministrazione delle terapie". Complessivamente le risposte si distribuiscono in percentuali abbastanza omogenee tra la scala dei valori attribuiti alle varie voci.

Per la "valutazione dei fattori di rischio clinico" (cadute, lesioni da pressione, emorragie ecc.) la somma delle risposte "molto" e "in modo determinante" sale al 34.46%, costituendo una concreta indicazione di lavoro.



Maggiori risultano, invece, le preoccupazioni legate ad aspetti che attengono all'organizzazione del lavoro: in particolare, per il 39.64% dei rispondenti, è "molto importante" o "determinante" la trasmissione delle informazioni (accuratezza e completezza dei dati, passaggio delle consegne ecc.) e, per il 38.29%, la tenuta e conservazione della documentazione (referti, modulistica, tempi di registrazione delle attività).

La parola agli infermieri

Selezione dai commenti liberi in calce al questionario

Comunicazione, documentazione e collaborazione interprofessionale

– Maggiore attenzione nella compilazione e tenuta della documentazione clinica: per il paziente è un vero fattore di rischio – Cartella unica integrata; revisione critica obbligatoria dei casi in cui il processo assistenziale è stato carente; rendere obbligatoria la pianificazione e realizzarla. – Un punto critico: la gestione delle infor-

mazioni sul malato.

– Servono modifiche organizzative che consentano l'assistenza individualizzata, l'utilizzo di strumenti informatici, l'uso di cartelle cliniche integrate (informatiche), l'utilizzo di mail, intranet ecc., ma anche la consulenza di esperti clinici per diffondere buone pratiche.

– Ambiente sicuro, preparazione e formazione del personale, ma soprattutto comunicazione efficace tra operatori (medici) e tra professionisti e paziente.

– Il mio sogno? Una struttura ospedaliera che non sia ferma a cinquant'anni fa.

La formazione specialistica

Oltre il 66.45% degli infermieri che hanno risposto al questionario considerano la formazione specialistica ottenuta tramite master clinici "molto importante" o "determinante" ai fini della sicurezza del malato.

	1 Per niente %	2 Poco %	3 Abbastanza %	4 Molto %	5 In modo determinante %
Somministrazione terapie	6.76	27.70	30.63	26.58	8.33
Effettuazione prelievi ematici	18.92	37.61	27.70	11.94	3.83
Valutazione dei fattori di rischio clinico del malato	5.18	26.13	34.23	25.68	8.78
Trasmissione delle informazioni	6.98	23.42	29.95	27.25	12.39
Tenuta e conservazione della documentazione	6.53	26.58	28.60	25.68	12.61

	1 Per niente %	2 Poco %	3 Abbastanza %	4 Molto %	5 In modo determinante %
Formazione specialistica	2.93	11.04	19.59	35.59	30.86

La parola agli infermieri

Selezione dai commenti liberi in calce al questionario

Formazione continua e specialistica

– Sapere perché si fa una cosa è fondamentale per capirne l'importanza.

– Il personale infermieristico deve essere preparato a gestire l'assistenza personalizzata.

– I corsi d'aggiornamento devono essere più specifici: le Aziende devono affrontare la tematica della formazione in un'ottica multidisciplinare e con un reale coinvolgimento degli infermieri a tutti i livelli. L'aggiornamento deve essere mirato all'area di appartenenza.

– Bisogna investire nella formazione costante/continua degli operatori, ma anche dei responsabili dei vertici strategici per valorizzare e motivare gli staff delle Unità operative.

– Conoscere i rischi insiti nel proprio lavoro aiuta a prevenire gli errori

– Più formazione per migliorare qualitativamente l'assistenza. L'esperienza è importante nel nostro lavoro, ma se non ci si aggiorna questa, a lungo andare, diventa un arnese che viene messo in cantina ad arrugginire.

– Formazione infermieristica di base più omogenea sul territorio nazionale e sottoposta a monitoraggio: i docenti dovrebbero essere valutati, i tutor formati e ricons-

ciuti, gli studenti motivati ad assumersi responsabilmente il loro ruolo sociale e professionale.

– Ho frequentato il master di area critica.

Sono molto soddisfatto sul piano delle nuove competenze acquisite, ma ritengo che ora debbano essere riconosciute anche in termini di posizione professionale.

– Per anni la nostra formazione specialistica è stata ferma: oggi finalmente i master danno anche a noi infermieri la possibilità di investire in formazione!

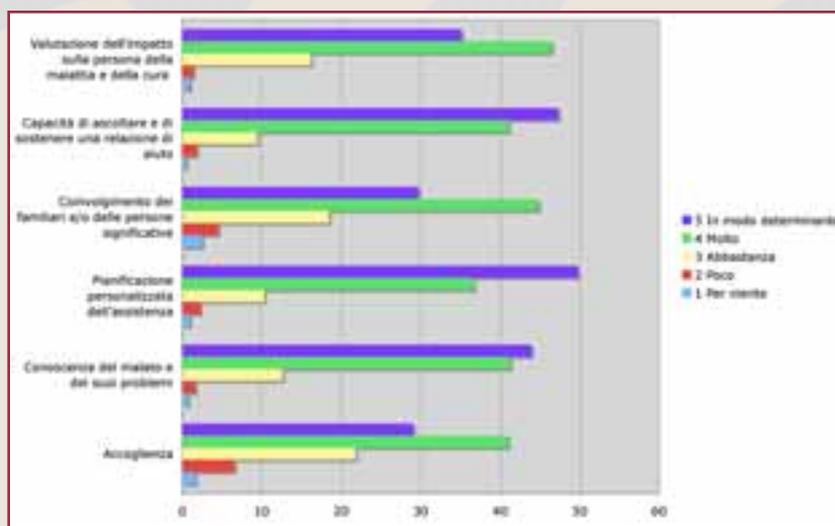
– Si può avere un monitor ultratecnologico, ma se poi l'infermiere non è adeguatamente formato e il medico se ne lava le mani, il paziente è in balia delle onde. Materiale, tecnologia, strumenti di comu-

nicazione, divise e altro vengono di conseguenza!!!

– Abbandonare la logica della "raccolta punti" dei crediti Ecm indirizzando la formazione sul campo per percorsi clinici assistenziali specifici e funzionali al proprio lavoro. Problem based learning (risolvi il problema ed avrai imparato!).

La presa in carico del malato nell'impatto sulla sicurezza

La lettura, anche visiva, del grafico successivo sottolinea che da un punto di vista "infermieristico" non vi sono elementi della presa in carico del malato considerati poco importanti ai fini della sua sicurezza. Sommando i valori "molto importante" e "determinante" e presentando le voci in ordine decrescente si ottiene la seguente scala di valutazioni:



	1 Per niente %	2 Poco %	3 Abbastanza %	4 Molto %	5 In modo determinante %
Accoglienza	1.58	6.53	21.85	40.99	29.05
Conoscenza del malato e dei suoi problemi	0.68	1.58	12.61	41.22	43.92
Pianificazione personalizzata dell'assistenza	0.90	2.25	10.36	36.71	49.77
Coinvolgimento di familiari e/o persone significative	2.48	4.50	18.47	44.82	29.73
Capacità di ascoltare e di sostenere una relazione di aiuto	0.45	1.80	9.46	40.99	47.30
Valutazione dell'impatto sulla persona della malattia e della cura	0.90	1.35	16.22	46.40	35.14



- capacità di ascoltare e di sostenere una relazione di aiuto: 88.29%;
- pianificazione personalizzata dell'assistenza: 86.48%;
- conoscenza del malato e dei suoi problemi: 85.14%;
- valutazione dell'impatto sulla persona della malattia e della cura: 81.54%;
- coinvolgimento dei familiari e/o delle persone significative: 74.55%;
- accoglienza: 70.04%.

La presa in carico è quindi vissuta dagli infermieri non solo come elemento proprio delle competenze professionali (per es. in riferimento all'accoglienza), ma soprattutto come capacità di instaurare una relazione d'aiuto stabile, basata sulla comunicazione con il malato e i suoi familiari.

La parola agli infermieri

Selezione dai commenti liberi in calce al questionario.

Rapporti con il malato

- Chiedo a me e ai miei colleghi di dare sempre il massimo, perché credo nella mia professione.
- Serve non solo maggiore comunicazione tra le diverse figure professionali sanitarie, ma anche maggiore coinvolgimento

del malato nel piano terapeutico-assistenziale.

- Un bravo infermiere deve saper valutare di volta in volta le esigenze di ciascun

paziente a 360 gradi.

- Più personale e che sia questo soprattutto più preparato, disposto ad aggiornamenti e formazione continua, che sia con-



scio delle responsabilità che si assume.

– Assistenza umanizzata. Maggior competenza e presenza degli operatori. Continuità assistenziale. Maggior educazione e informazione al malato e/o ai familiari. Agevolazione delle procedure amministrative. Lavoro interdisciplinare...

– Valorizzazione il ruolo infermieristico nella gestione del paziente significa avere maggiori responsabilità, ma credo che sia giusto e necessario...

– Richiederei la possibilità di redigere un piano di assistenza scritto, personalizzato e condiviso dal personale che si prende cura della persona e dalla persona stessa. Cercherei di percepire come la persona si rapporta alla malattia e se è stata effica-

cemente informata, se ha lacune o dubbi; cercherei anche di conoscere i rapporti che ha con la sua famiglia e quale persona potrebbe esserle di aiuto per affrontare la malattia.

– Vorrei più tempo a disposizione per poter colloquiare con il paziente e i familiari coinvolgendoli nel protocollo di terapia e nel risultato finale.

– Bisogna lavorare per far aumentare la fiducia del malato nella sanità e in particolare nel personale infermieristico: il malato che si fida, ascolta e segue quanto gli si dice e consiglia, agisce a beneficio della propria sicurezza.

– Carichi di lavoro suddivisi in modo adeguato tramite figure di supporto che svol-

gano il servizio alberghiero, dando la possibilità al personale di assistenza di essere più presente, attento e disponibile alle esigenze fisiche, psichiche del malato e della sua famiglia: così sarebbe possibile garantire veramente un'assistenza personalizzata e adeguata. Fondamentale è rispettare sempre, come è nostro dovere di professionisti, la dignità, il dolore e i diritti del malato e di conseguenza rispondere in modo professionale, personalizzato e adeguato ai suoi bisogni.

– Non fare mai agli altri ciò che non vorresti fosse fatto a te... E' la base della vita umana ancor prima di parlare di professione... Non dimentichiamo mai di essere persone, prima di essere infermieri.



I POSTER

La sessione speciale dedicata ai poster ha avuto un ottimo riscontro di interesse e di gradimento. E' stata animata dal contributo diretto di tanti colleghi che operano in strutture e aree geografiche diverse, a testimoniare il comune sentire circa l'attualità del tema al centro della conferenza e la volontà ferma della professione infermieristica di affrontare il problema degli errori.

Tredici i lavori presentati che hanno offerto un ventaglio ampio di approcci al tema della sicurezza del paziente e dell'operatore. Ne citiamo di seguito i titoli.

- La risorsa umana: da costo fisso a fattore di successo per gestire la complessità assistenziale e per garantire la sicurezza del personale
- Violenza contro le donne
- La gestione dei rifiuti sanitari
- Analisi del fabbisogno dei dispositivi medici nel distretto: appropriatezza, qualità, sicurezza e costo come criteri per l'acquisto
- Progetto ILISI. Indice della Letteratura italiana di Scienze Infermieristiche
- Il percorso di Certificazione ISO 9001

ed il percorso all'eccellenza del Collegio IPASVI di Roma

- Bioetica e qualità nei processi di sicurezza del Servizio Tossicodipendenze di Genzano di Roma (Asl Rm/H)
- Infermieri e "Benessere Organizzativo". Indagine conoscitiva in importanti realtà ospedaliere romane
- L'ammissione spontanea dell'operatore all'errore
- La compatibilità del rischio clinico nella gestione del processo della cistoscopia nell'ottica del miglioramento continuo delle prestazioni
- Obiettivo sicurezza paziente: esperienza di gestione integrata del rischio clinico presso l'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova
- Gli ambulatori infermieristici italiani:



risultati di un'indagine conoscitiva

- L'apprendimento dall'esperienza: gli strumenti di riflessione e recupero formativo dell'errore

L'impegno dell'infermiere per la sicurezza del malato: un'alleanza terapeutica

di Laura Sabatino

Il 18 aprile 2008, presso il Jolly Hotel Midas, si è conclusa la III Conferenza Internazionale promossa dal Collegio IPASVI di Roma. Due giornate che hanno visto impegnati infermieri provenienti da diverse regioni d'Italia, ma anche autorevoli colleghi giunti dal Canada, dagli Usa, dall'Inghilterra e dalla Spagna che hanno condiviso le proprie particolari esperienze, inerenti la sicurezza del paziente e le strategie per favorirla. Fra gli ospiti, Faith Fields (presidente Ordine Infermieri Usa),

Nancy Kirkland (presidente Ordine Infermieri Regno Unito), Maximo Jurado Gonzales (presidente Ordine Infermieri Spagna).

Il Presidente del Collegio IPASVI di Roma, Gennaro Rocco, ha accolto con entusiasmo tutti i relatori e i partecipanti, sottolineando più volte l'importanza dell'evento anche per la collaborazione che si è intrecciata con i rappresentanti delle cinque Università romane (La Sapienza, Tor Vergata, Università Cattolica del Sacro

Cuore, Roma Tre, Campus Biomedico) e degli Ordini professionali degli altri Stati (Usa. National Council of State Boards of Nursing, U.K. Nursing & Midwifery Council, Spagna Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de Espana), impegnati nei diversi ambiti professionali: clinica, organizzazione, formazione e ricerca; la presenza della professoressa Dyanne Affonso (Università Hawaii - Usa) ha testimoniato la collaborazione che il Collegio di Roma ha già

intrapreso da diversi anni con uno dei ricercatori più autorevoli a livello internazionale. Il presidente ha sottolineato, dunque, la specificità dell'infermiere che nella sua quotidianità lavorativa, qualsiasi posizione organizzativa esso rivesta, è costantemente chiamato a vigilare sul proprio operato in un'ottica di lavoro d'equipé, ma ha anche ricordato l'importante ricerca che il Collegio di Roma ha condotto sul tema nei "near misses", proprio insieme alla professoressa Affonso e alla collaborazione di numerosi colleghi romani impegnati nel progetto, per ribadire la necessità di presidiare il fenomeno oggetto della Conferenza. Nelle due giornate di lavori, sono intervenuti svariati professionisti, appartenenti a discipline infermieristiche, mediche, economiche, umanistiche, i quali hanno presentato una serie di relazioni che hanno evidenziato la necessità di innovare fortemente le organizzazioni sanitarie e i modelli di cura ma anche i contenuti e la modalità di "fare" formazione per passare dalla conoscenza all'apprendimento significativo che è in grado di modificare la realtà [Sasso L.].

Anche la certificazione periodica del personale infermieristico, attuata in Spagna ogni cinque anni, rappresenta uno dei diversi modi per garantire il cittadino con pratiche sicure [Gonzales M. J.].

L'intervento della Dottoressa Luciana Bevilacqua, vicepresidente Siquas e direttore struttura complessa Azienda ospedaliera Niguarda Cà Granda di Milano, ha invece enfatizzato la necessità di un cambiamento culturale rispetto all'errore, parlando della depenalizzazione per rompere l'omertà.

I modelli assistenziali attualmente diffusi, rappresentano un punto di debolezza del sistema, infatti, Annalisa Silvestro, presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, ha parlato dell'organizzazione degli ospedali per intensità di cura al fine di ottimizzare le risorse a disposizione e razionalizzare il sistema.

Gli errori nella gestione della sanità hanno ricadute economiche importanti, descritte ampiamente da Federico Spandonaro (Responsabile Ceis Sanità –

Università di Roma Tor Vergata), il quale ha approfondito, tra i veri aspetti trattati, la valutazione dell'efficienza dei meccanismi assicurativi analizzando il costo dei sinistri liquidati, rispetto al costo della polizza che ogni ospedale stipula con le compagnie assicurative; ha inoltre proposto una serie di strumenti utilizzati nella Clinical Governance.

La valorizzazione del sistema e dei professionisti che in esso lavorano, è un tema caro a molti, considerato come un punto strategico per il rinnovamento dell'organizzazione; la motivazione e l'intenzionalità al cambiamento possono e devono essere stimolate dalle metodologie didattiche che devono essere partecipate, creando condivisione [Quagliata A.].

Le sessioni parallele hanno contribuito alla dinamicità e alla ricchezza della Conferenza; ogni sala messa a disposizione, per l'interesse dei temi trattati e l'autorevolezza dei moderatori e relatori, è stata frequentata da numerosi colleghi, così come lo "spazio Poster" che ha visto l'esposizione e l'illustrazione da parte degli autori, dei 13 argomenti trattati. Solo per citarne alcuni, ricordiamo l'ammissione spontanea dell'operatore all'errore [Rega M.L., Galletti C., Saccone S.], La risorsa umana: da costo fisso a fattore di successo per la gestione della complessità assistenziale e per la sicurezza del paziente [(Sessa M.)], Infermieri e benessere organizzativo: indagine conoscitiva in importanti realtà ospedaliere romane [Sili A., Esposito G., Funaro E., Venturini G., Alvaro R.], L'apprendimento dall'esperienza: gli strumenti di riflessione e recupero formativo dell'errore [Vola L.], il Progetto ILISI. (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche), promosso dal Collegio di Roma. Tutti hanno riscosso molto successo, rappresentando uno stimolo alla produzione di ulteriori lavori di ricerca e alla loro pubblicazione.

Non poteva mancare, a tal proposito, la sessione dedicata alla premiazione dei lavori di ricerca inerenti il bando del Collegio IPASVI di Roma 2006-2007, che ha premiato con tremila euro le tre ricerche migliori.

La giornata conclusiva ha rappresentato un momento politico importante, grazie alla partecipazione di rappresentanti sia del Governo che dell'opposizione, nei rispettivi ruoli istituzionali del momento: Senatore Cursi (vicepresidente della commissione Igiene e Sanità al Senato), Onorevole Di Virgilio (commissione Affari Sociali Camera dei Deputati), Onorevole Battaglia Assessore alla Sanità Regione Lazio), Dr. Proia (Dirigente incaricato di svolgere funzioni di raccordo tra gli Uffici di diretta collaborazione del Ministro e dei Sottosegretari di Stato e il Dipartimento della Qualità in materia di professioni sanitarie, personale, organizzazione del lavoro sanitario e relazioni sindacali), nonché del rappresentante di Cittadinanza Attiva A. Ferraro, del presidente del Collegio IPASVI di Roma G. Rocco e della moderatrice E. Martellotti, Capo Ufficio Stampa e Comunicazione della Federazione Nazionale IPASVI. Tutti hanno convenuto sulla necessità di ripensare l'organizzazione sanitaria, nel rispetto delle linee generali del Servizio Sanitario Nazionale, con una visione che punti realmente all'umanizzazione dell'assistenza e alla valorizzazione del personale infermieristico che da troppo tempo attende di essere posto nelle condizioni di esercitare lo specifico del proprio ruolo; il riconoscimento sociale ed economico della propria figura; l'inserimento fattivo e reale all'interno dei gruppi multidisciplinari, così come richiesto a gran voce dal presidente del Collegio IPASVI di Roma, Gennaro Rocco.

Gli infermieri, al termine della Conferenza Internazionale, hanno portato a casa nuove conoscenze, nuovi confronti, nuovi stimoli e nuove speranze: una sanità italiana che possa andare fiera delle normative che l'hanno creata e delle persone che dovrebbero realizzare le condizioni affinché tali leggi possano essere realmente applicate.

Benvenuta ILISI, la prima banca dati di letteratura infermieristica italiana

E'nata ILISI, la prima banca dati bibliografica on-line interamente dedicata agli infermieri.

Il progetto, realizzato e curato dal Collegio Ipasvi di Roma che lo ha presentato ufficialmente in occasione del SANIT 2008, muove dall'esigenza di promuovere la consultazione e la circolazione delle pubblicazioni di interesse infermieristico, alla luce della rapida evoluzione della professione dal punto di vista formativo, legislativo e della pratica clinica.

Unica nel suo genere, la banca dati ILISI è gestita direttamente dagli infermieri e offre la possibilità di ricercare e consultare le schede bibliografiche degli articoli pubblicati nelle principali riviste specialistiche italiane. Rappresenta una straordinaria e innovativa opportunità di aggiornamento e di confronto per tutti gli infermieri e per gli studenti sia dei corsi di laurea che dei corsi specialistici. La ricerca è semplice e immediata e può avvenire per categorie, per keywords o per parole libere. Tutti i titoli contenuti nella banca dati sono corredati da abstract e disponibili materialmente presso la biblioteca del Collegio IPASVI di Roma. Il progetto, avviato nel 2006, ha oggi realizzato pienamente i suoi obiettivi: la predisposizione e l'aggiornamento continuo del softwa-

re che supporta la collezione dei dati e la ricerca on line, con interfaccia in lingua italiana; la formazione di un gruppo stabile di infermieri indicizzatori che provvede alla lettura e analisi degli articoli e all'immissione delle schede bibliografiche nel database; la redazione di un dizionario Thesaurus italiano di Scienze Infermieristiche.

L'attivazione in rete di ILISI rappresenta un nuovo significativo traguardo per la professione infermieristica e un prezioso strumento di approfondimento culturale e specialistico. Per implementare e migliorare ulteriormente i contenuti della banca dati

è auspicabile il contributo di tutti i Collegi, dai quali si attendono suggerimenti e commenti.

L'accesso a ILISI è facilmente ottenibile collegandosi con il sito web del Collegio (www.ipasvi.roma.it) dove è disponibile un apposito link.

Un ringraziamento particolare va ai Collegi che hanno lavorato alla realizzazione del progetto e a quanti contribuiranno al suo sviluppo attraverso segnalazioni e consigli.

Buona ricerca a tutti!



Solo in estate tv e giornali italiani "scoprono" le carenze di personale

Luci e ombre sugli infermieri dai mass media italiani. Sempre molto difficili da accendere le prime, ricorrenti come un tormentone le seconde, evidentemente più facili da allungare sulla categoria. Accade in verità ogni estate, quando le ferie estive del personale si aggiungono ai paurosi vuoti di organico e fanno scattare la psicosi collettiva che, si sa, è materia prediletta di un certo scandalismo che pervade i giornali e le tv del Bel Paese.

Anche quest'anno il *refrain* non fa eccezione. E porta con sé le solite reazioni contrastanti degli organi di informazione. Molti riscoprono con il candore della sorpresa l'incredibile situazione di sotto organico che gli infermieri vivono sulla loro pelle durante tutto l'anno. Altri, in un maldestro tentativo di giustificare l'emergenza, montano lo "scandaluccio" di turno e rispolverano l'ormai vecchia querelle sugli "infermieri imboscati".

Così i titoli allarmati si ripropongono da Nord a Sud della penisola. Solo qualche esempio: "L'Ordine professionale lancia l'allarme - Servono fondi per aumentare i corsi di laurea. E tra pochi giorni primo vertice con la Regione Sanità, il Veneto perde 700 infermieri all'anno. Oggi sono oltre trentamila, 1900 vanno in pensione ma i posti disponibili sono solo 1.228" (Il Gazzettino - ed. nazionale - 14/7/2008); "Pochi medici e infermieri, vertice con la Asl" (Il Centro - ed. pescara - 5/6/2008); "Medicina d'urgenza senza infermieri" Il Mattino ed. caserta - 14/7/2008).

La protesta degli infermieri trova spazio su quotidiani, rotocalchi e tv solo se clamorosa: "Cardiologia, ammalati tutti gli infermieri. Monaldi. L'accusa: protesta per straordinari" (Corriere del Mezzogiorno - ED. NAPOLI - 5/6/2008). E poi, immancabile, il tormentone estivo: "Infermieri, uno su cinque inidoneo a lavori pesanti - Al San Camillo record di assenteismo, 500 esentati su 2.350. Il direttore: un ospedale che va a doppia velocità" (Il Messaggero - ed. roma metropolitana - 4/6/2008).

Non manca chi annuncia con evidenza qualche piccola boccata d'ossigeno sul fronte della carenza di personale: "San Matteo, accordo per 60 infermieri" (La Provincia Pavese - ed. nazionale - 5/6/2008). Lo stesso quotidiano offre una chiave di soluzione raccogliendo la protesta dei sindacati e titolando: "Riorganizzazione della sanità locale - Più soldi agli infermieri".

A Roma fa notizia l'impressionante vuoto nell'organico infermieristico all'ospedale Pertini. Titola L'Unità (ed. nazionale - 8/5/2008): "L'ospedale Pertini al collasso - La Cgil: manca il personale dopo i sessanta infermieri trasferiti o andati in pensione". Scrive Gioia Salvatori nel servizio: "Pronto soccorso al collasso, straordinari e doppi turni all'ordine del giorno e di notte, troppo spesso, solo tre infermieri per una corsia, cioè per 42 malati. Difficile lavorare, impossibile garantire un servizio di alta qualità: l'or-



ganico d'infermieri all'ospedale Pertini, è la denuncia dei sindacati, è sotto di almeno 80 unità".

In prima pagina i guai degli infermieri, ma anche qualche loro gioia. Così, ad esempio, l'eco mediatica avuta dalla III Conferenza internazionale dedicata al tema degli errori in sanità è stata grande. I principali organi di informazione e le agenzie di stampa hanno seguito la due giorni di Roma con attenzione. Una menzione particolare va all'ampio servizio sulla conferenza pubblicato da Panorama della Sanità e allo speciale dedicato all'evento da Il Sole 24 Ore Sanità (N. 18 6-12/5/2008): "Rischio, la ricetta del nursing - Sicurezza: ecco il progetto di ricerca sui near misses promosso dall'Ipsavi di Roma".

Il Centenario della fondazione del corpo delle volontarie della Croce Rossa Italiana



La Croce Rossa Italiana ha celebrato lo scorso 25 giugno, il centenario della fondazione del Corpo delle Volontarie della CRI. La cerimonia si è svolta a piazza del Popolo alla presenza del Presidente della Repubblica e delle massime Autorità istituzionali, civili e militari dello Stato. Al termine della manifestazione è stata inaugurata nella

stessa piazza una mostra storica sull'attività svolta nel tempo dalle 'Crocerossine' a fianco della Sanità Militare e quali Ausiliarie delle Forze Armate in occasione di emergenze in Italia e all'estero. Alla cerimonia ha partecipato anche la Vice Presidente dell'IPASVI di Roma la dott.ssa Lia Pulimeno.

IN PILLOLE

L'inseparabile pillola degli italiani

Nel 2007 ogni italiano ha consumato mediamente 525 dosi di farmaci. Il consumo farmaceutico totale, che comprende la prescrizione territoriale e quella erogata dalle strutture pubbliche (ospedali, ASL, IRCSS), ha superato i 30 miliardi di dosi, di cui il 70% a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Sono dati segnalati dal Rapporto OsMED dell'Istituto Superiore di Sanità presentato alla fine di giugno a Roma. Secondo il rapporto, i farmaci del sistema cardiovascolare, con oltre 10 miliardi di dosi giornaliere, rappresentano in assoluto la categoria più utilizzata, con una copertura da parte del SSN di oltre il 94%. Altre categorie terapeutiche di rilievo per consumo in dosi giornaliere sono: i farmaci gastrointestinali (13,9% del totale), i farmaci del Sistema Nervoso Centrale (10%) e gli ematologici (9,8%). Oltre un terzo del consumo all'interno di strutture sanitarie pubbliche è relativo ai farmaci ematologici, mentre il 55% delle dosi dei farmaci antineoplastici è erogato a carico del SSN attraverso le strutture pubbliche. La spesa farmaceutica territoriale complessiva, erogata tramite le farmacie pubbliche e private, è diminuita del 2,6% rispetto al 2006, con una contrazione del 5,4% della spesa pubblica. La diminuzione della spesa pubblica di classe A-SSN è prevalentemente attribuibile ai provvedimenti di riduzione del prezzo dei farmaci, tenendo in considerazione che una quota della prescrizione è erogata con forme diverse di distribuzione ("diretta" e "per conto"). La quota di spesa privata è aumentata del 4% rispetto all'anno precedente. Ogni mille abitanti sono state prescritte 881 dosi di farmaco di classe A-SSN, in aumento del 52% rispetto al 2000. Il Lazio è la regione con il consumo più elevato, con 1.020 dosi ogni mille abitanti, mentre Bolzano è quella con il valore più basso (670 dosi). In media, ogni cittadino ha acquistato 29 confezioni di farmaci, di cui 17 appartenenti alla classe A-SSN. Nel 2007 la spesa territoriale lorda di classe A-SSN è stata pari a 12.712 milioni di euro. Dall'analisi delle principali componenti della spesa pubblica (quantità, prezzi, mix) si rileva rispetto al 2006 un aumento delle dosi del 3,4%, una diminuzione dei prezzi del 6,9% ed un effetto mix negativo (-1,8%). La regione con il valore più elevato di spesa pubblica per farmaci di classe A-SSN è la Sicilia con 272,3 euro pro capite; il valore più basso si registra nella Provincia autonoma di Bolzano con 151,6 euro pro capite.

È nata a Roma l'associazione infermieristica transculturale Integrazione e professionalità senza confini

Un passo verso il futuro per promuovere oltre ogni confine geografico la cultura infermieristica, la ricerca, l'integrazione professionale e sociale nel campo dell'assistenza sanitaria. Con questi scopi è nata, su iniziativa del Collegio IPASVI di Roma e Provincia, l'Associazione Infermieristica Transculturale (AIT), una società scientifica senza scopo di lucro, apartitica, che persegue finalità solidaristiche, attiva nei campi della tutela dei diritti civili, della ricerca scientifica, dell'integrazione degli infermieri di ogni nazionalità che operano nel nostro Paese.

L'obiettivo della onlus, la prima del genere in Italia, consiste nell'ideazione, nello sviluppo e nella realizzazione di progetti e programmi di ricerca infermieristica particolarmente orientati ad iniziative socio-educative e culturali, nel rispetto della dimensione umana e spirituale della persona, contro qualsiasi forma di emarginazione di carattere religioso, politico, economico, di genere, di età e di cittadinanza.

L'iniziativa muove dalla necessità di favorire l'unione fra tutti gli infermieri, italiani e non, che operano sul territorio nazionale, in un momento storico in cui è sempre più decisivo l'apporto degli infermieri stranieri per arginare la drammatica carenza di personale negli ospedali e nei servizi sanitari territoriali.

Il piano operativo dell'associazione prevede la creazione di punti di incontro e di accoglienza solidale, la programmazione di occasioni di aggiornamento, la predisposizione di servizi di orientamento, informazione e assistenza per una migliore integrazione degli infermieri immigrati. E inoltre la promozione dei rapporti di scambio e collaborazione con altre organizzazioni nazionali e internazionali che perseguono obiettivi simili.

Tra le attività principali del sodalizio figurano la realizzazione e la pubblicazione di studi e ricerche nelle discipline professionali infermieristiche, con particolare attenzione agli aspetti transculturali, servizi di consulenza per singoli professionisti, associazioni, aziende ed enti, organizzazione di convegni, congressi, tavole rotonde, seminari, iniziative didattiche ed audiovisive, corsi di formazione professionale, specializzazione, perfezionamento e aggiornamento.

Gli organi costitutivi dell'Associazione sono l'assemblea, il Consiglio direttivo, il presidente e il Collegio dei revisori dei conti, che durano in carica quattro anni. La AIT onlus è aperta a tutti gli infermieri iscritti ai Collegi o agli Ordini professionali italiani ed esteri. L'iscrizione avviene previa domanda scritta in carta semplice da inoltrare al Consiglio Direttivo, presso la sede romana di via Giuseppe Mezzofanti, 50.



Gli infermieri protagonisti in TV

Ha suscitato il compiacimento generale della categoria lo speciale trasmesso il 5 luglio scorso dalla Rai nell'ambito della rubrica della seconda rete nazionale (in onda alle 10.30 "Tg2 Parlamento".

Protagonisti assoluti gli infermieri: coloro che svolgono la professione da anni, quelli che si occupano della formazione professionale, i dirigenti dei Servizi infermieristici, i docenti universitari, ma anche e soprattutto coloro che hanno scelto la professione infermieristica per costruire il loro futuro: gli studenti.

L'approfondimento realizzato da Rai 2 ha messo a fuoco in particolare i percorsi formativi degli infermieri italiani, sottolineando come si renda oggi necessario fornire un forte impulso, in termini di orientamento e di agevolazioni pratiche, ai giovani che scelgono di intraprendere la professione infermieristica.

Il servizio ha inoltre messo in evidenza come l'Italia resti il fanalino di coda in Europa per il rapporto numerico tra infermieri e cittadini e come la carenza di personale infermieristico abbia ormai assunto i caratteri dell'emergenza strutturale.

Al contempo, lo speciale ha rimarcato l'opportunità di impiego immediato che si prospetta per i giovani infermieri neolaureati e che spalanca, a loro più che ad ogni altra categoria professionale, le porte del mondo del lavoro.

Rosaria Alvaro, docente associato di Infermieristica presso l'Università di Roma Tor Vergata, ha illustrato nel dettaglio i percorsi formativi, la loro articolazione, la durata e le modalità di accesso ai corsi di laurea, spiegando inoltre come sia possibile intraprendere la carriera universitaria attraverso il dottorato di ricerca.

Nel suo intervento, Maddalena Galizio, dirigente del Servizio infermieristico del Policlinico di Tor Vergata, ha riferito come la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi che prevedono la centralità della figura infermieristica stiano dando ottimi frutti nelle realtà ospedaliere del Lazio dove è stata avviata la particolare sperimentazione.

Bravi e convincenti gli studenti che hanno fornito la loro testimonianza di vita e di studio. Un nutrito gruppo di allievi dei corsi di laurea in Infermieristica ha infatti spiegato quali sono le motivazioni alla base della loro scelta e quali le aspettative per il futuro, dimostrando una forte attrazione per la "mission" etica e scientifica della professione. Ragazzi tutti molto motivati, le cui testimonianze hanno certamente giovato all'immagine pubblica di una professione giovane, senza confini geografici e mentali, dai forti connotati solidaristici, costantemente proiettata verso il futuro.

Infine l'articolato intervento del presidente del Collegio IPASVI

di Roma che ha evidenziato i punti di maggiore criticità che la professione è oggi chiamata ad affrontare. Tra le altre cose, Gennaro Rocco, anche nella sua veste di vicepresidente della Federazione nazionale IPASVI, ha denunciato apertamente la scarsità dei posti riservati dalle Università agli studenti di Infermieristica, nettamente insufficienti a coprire le necessità e perfino a garantire la copertura del turn over del personale. Alla pressante richiesta di maggiori e più efficaci investimenti pubblici, Rocco ha aggiunto un accorato appello affinché i modelli organizzativi attuali siano revisionati in profondità, sulla base delle nuove capacità tecnico-professionali che negli ultimi anni hanno segnato l'evoluzione della professione stessa. Infine, il presidente del Collegio IPASVI di Roma ha rilanciato la richiesta di un significativo adeguamento del trattamento economico degli infermieri, anche alla luce delle nuove opportunità di carriera previste dal quadro normativo vigente.



Il Collegio IPASVI di Roma protagonista al Sanit 2008

Gli infermieri e le sfide del tempo tra etica, integrazione e ricerca

Per tre giorni, gli infermieri di Roma e Provincia sono stati i protagonisti assoluti del SANIT 2008, la quinta edizione della mostra-convegno dei servizi sanitari tenutasi nell'ultima settimana di giugno presso il Palazzo dei Congressi dell'Eur, a Roma.

Un evento di grande richiamo, con la partecipazione di centinaia di colleghi provenienti da tutt'Italia per studiare, approfondire e dibattere temi di stretta attualità professionale.

Le "Giornate infermieristiche" del SANIT hanno proposto otto sessioni tematiche, con contributi forniti da personalità di primo piano del mondo sanitario, politico, accademico e professionale.

La sicurezza del paziente e il rapporto con la morte, la difficile condizione professionale di chi si muove quotidianamente tra etica, bioetica e responsabilità sono i temi che hanno animato la prima giornata. La tavola rotonda alla quale hanno preso parte esponenti politici, docenti universitari, esperti di bioetica e formazione professionale ha fornito spunti di grande interesse per l'attività infermieristica, mettendo a fuoco gli aspetti più sensibili e le scelte più difficili che gli infermieri sono chiamati ad affrontare nella loro attività quotidiana.

Qual è il confine tra la cura e l'accanimento terapeutico? Difendere il diritto inviolabile alla vita o rispettare il diritto a morire? C'è un'etica dell'assistenza oltre la morte? Quale spazio c'è per la mediazione quando l'operatore non condivide la scelta etica del cittadino? Che cosa va regolamentato per legge e che cosa lasciare alla determinazione dei Codici deontologici professionali? E ancora: che ruolo svolgono i Comitati etici di Ospedali e Aziende sanitarie e che contributo danno? Qual è l'esperienza maturata in questo campo negli altri Paesi?

La tavola rotonda proposta dalla prima delle tre "Giornate Infermieristiche" del SANIT 2008 ha affrontato queste incalzanti domande, di grande attualità e di fortissima presa sugli operatori della sanità. Si è andati al nocciolo di ogni professione sanitaria, al suo ruolo sociale, insinuandosi nel rapporto diretto e quotidiano con la persona che ha perso il bene più prezioso: la salute.

Vi hanno preso parte la senatrice Fiorenza Bassoli (componente della XII Commissione del Senato), Gilberto

Corbellini (docente di Storia della Medicina presso l'Università "La Sapienza" Di Roma), Laura D'addio (dirigente del Centro Formazione Professionale dell'Azienda ospedaliera universitaria "Careggi" di Firenze), Sandro Spinsanti (bioeticista e direttore dell'Istituto "Giano" di Roma) e Gennaro Rocco (presidente del Collegio Ipasvi Di Roma e vicepresidente della Federazione nazionale IPASVI).

La seconda giornata è stata dedicata interamente al tema dell'integrazione professionale e del nursing transculturale. Un focus dal taglio originale che ha scandagliato gli aspetti critici della complessità sociale moderna, la circolazione dei professionisti sanitari dentro e fuori l'Unione Europea, la salute e la malattia in contesti culturali diversi, l'assistenza agli immigrati.

SANIT



Collegio IPASVI Roma

5° Forum Internazionale della salute
International Health Forum

Il punto d'incontro per l'universo della **salute**

25-27 Giugno 2008

Palazzo dei Congressi - EUR
Roma - Piazza J. Kennedy, 1



25 Giugno
La responsabilità infermieristica tra etica e bioetica

26 Giugno
Integrazione e nursing transculturale

27 Giugno
Assistenza infermieristica e associazionismo professionale:
un esempio di integrazione per la ricerca

Professioni per le quali è richiesto l'accREDITAMENTO ECM:
Infermieri - Infermieri Pediatrici

Iscrizione gratuita ed obbligatoria fino ad esaurimento dei posti disponibili
3 eventi formativi 800 partecipanti per ogni giornata

Per iscrizioni: www.ipasviroma.it - Fax 06 45437034
o presso la sede del Collegio IPASVI di Roma - Viale G. Cesare, 78

Il Collegio IPASVI di Roma protagonista al Sanit 2008

I giovani e la professione di infermiere

Studiosi, esperti della materia, rappresentanti istituzionali, del mondo infermieristico e operatori dell'assistenza si sono confrontati a lungo e in modo serrato. Particolarmente prezioso è risultato il contributo fornito da numerose testimonianze di colleghi in ambito europeo e mondiale.

Ad animare il forum sul tema "Il villaggio globale senza confini: forza e criticità dell'integrazione in campo sanitario e assistenziale - Gli infermieri raccolgono la sfida", sono stati il Salvatore Geraci (Caritas Roma – presidente della Società italiana di medicina delle migrazioni), Gennaro Rocco (presidente del Collegio Ipasvi di Roma) e Alessandro Stevano (Dottorato di ricerca in Infermieristica – Università Roma Tor Vergata).

L'ampio confronto di idee ed esperienze ha reso possibile tracciare un ventaglio di risposte alle questioni più urgenti: la definizione dell'esatta consistenza del fenomeno dell'immigrazione; i conseguenti problemi nell'erogazione dei servizi sanitari; il numero e la collocazione geografica degli infermieri stranieri che esercitano in Italia, a Roma e nel Lazio; le garanzie di competenza e professionalità dei colleghi stranieri; i modelli da adottare per favorire lo scambio e l'integrazione transculturale nelle professioni sanitarie.

Di rilevante interesse professionale anche l'ultima giornata di studio, incentrata sull'attività specialistica e la ricerca. Sotto la lente, in particolare, l'assistenza al paziente in area critica, in sala operatoria e la buona pratica in tema di infezioni ospedaliere.

La mattinata è stata dedicata alle relazioni scientifiche sull'infermieristica clinica in area critica tenute da Silvia Scelsi, Andrea Maccari, Gaetano Romiti e Rossella Marchetti. Ampio spazio poi al tema della sicurezza del paziente in sala operatoria, con i contributi di Patrizio Angelucci, Giuseppina Di Giammarco, Paola Mariani, Caterina Cicala e Vincenzo Mencio. Nel pomeriggio il focus sulla ricerca: protagonista assoluta la buona pratica sulle infezioni ospedaliere, con le relazioni di Margherita Vizio, Lorena Martini, Concetta Frantone e Grazia Tura.

L'evento si è chiuso con una sessione dedicata al mondo dell'associazionismo professionale e al suo crescente ruolo nello sviluppo e nella diffusione di nuovi modelli organizzativi orientati alla qualità dell'assistenza. Vi hanno preso parte Rossella Marchetti (Aniarti Lazio – coordinatore infermieristico Terapia intensiva post-operatoria del Policlinico A. Gemelli di Roma), Silvia Scelsi (Aniarti Lazio – coordinatore regionale dell'Ares 118), Patrizio Angelucci (presidente Aico Lazio – coordinatore infermieristico Blocco operatorio di Cardiocirurgia del

Policlinico Umberto I di Roma), Giuseppina Di Giammarco (Aico Lazio- coordinatore infermieristico Direzione sanitaria del Policlinico "Umberto I" di Roma), Margherita Vizio (presidente nazionale Anipio – infermiere dirigente della Asl/2 Savonese), Lorena Martini (vicepresidente nazionale Anipio – responsabile Formazione aziendale dell'Ircss Spallanzani).

Unanime il gradimento espresso dai partecipanti e l'apprezzamento della direzione del SANIT che, sulla base del successo ottenuto dalle "Giornate infermieristiche", ha chiesto al Collegio IPASVI di Roma di programmare per l'edizione del prossimo anno un'intera settimana di eventi formativi.

Il Collegio ringrazia tutti colleghi che sono intervenuti e quanti si sono adoperati per la riuscita ottimale della manifestazione.



Il sottosegretario al Ministero del lavoro On. Eugenia Maria Roccella e il Presidente del Collegio IPASVI di Roma Dott. Gennaro Rocco

IN PILLOLE

Tumori - il virus salvavita

Il comune virus del raffreddore potrebbe rivelarsi molto utile nella diagnosi delle metastasi tumorali. Un gruppo di scienziati dell'Università della California ha utilizzato il virus per "infettare" le cellule tumorali di un cancro alla prostata. Si è così scoperto che le cellule venivano "illuminate" dall'infezione, rendendosi visibili anche in fase di diffusione ad altri organi. La scoperta è stata pubblicata da Nature Medicine e genera nuove speranze nel campo del monitoraggio delle metastasi tumorali. I ricercatori hanno iniettato il virus nei topi malati di cancro alla prostata visualizzando le cellule infettate con lo scanner. La novità apre nuovi scenari di applicazione nel trattamento di alcuni tumori. Nel caso della prostata, ad esempio, risulta oggi molto difficile scansare il processo di metastasi. La tecnica messa a punto in California si propone accelerare la diagnosi, pianificare più rapidamente le terapie e verificare nel minor tempo possibile la loro efficacia.

Comunicazione e salute

Informazione, tutela, partecipazione

A cura di
Giovanni Muttillo, Elia Crotti
Edizione: Maggioli Editore

La comunicazione è per definizione sfaccettata e mutevole. Da un lato si connota come comunicazione interna, incentrata e viva nel cuore dell'organizzazione, poco percepibile per chi sta all'esterno; dall'altro evolve come comunicazione interpersonale.

Infine la grande sfida, la comunicazione istituzionale in senso più ampio, in cui l'istituzione diviene voce a sé, in grado di orientare l'immagine percepita e influire sul livello di soddisfazione del cittadino.

Per far luce su una realtà tanto complessa, il presente volume propone un contributo sulle differenti tipologie di comunicazione declinate nel contesto sanitario.

Viene approfondito nello specifico il ruolo dell'infermiere, e il significato della comunicazione interpersonale quale strumento di gestione delle relazioni e potenziamento del livello assistenziale e della soddisfazione del cittadino. Il tutto passando attraverso un'analisi della relazione d'aiuto, nonché degli strumenti a disposizione dei professionisti della salute.

La relazione diviene così componente essenziale della terapia e acquisisce una dimensione di assistenza globale attraverso il counselling, per guidare, orientare ma soprattutto sostenere il paziente e portarlo a una partecipazione condivisa del processo assistenziale.

È un'analisi sempre più dettagliata, dal generale al particolare, per dimostrare che, a partire dal singolo operatore per arrivare all'organizzazione, la comunicazione è determinante perché in grado di far percepire all'utente il sistema salute come vicino, sensibile, attento, trasparente.

Il libro è rivolto principalmente ai professionisti infermieri e agli addetti degli Uffici Relazione con il Pubblico dell'area sanitaria, nonché a docenti, formatori, studenti dei corsi di laurea in Scienze Infermieristiche.



Tutti i master infermieristici in partenza

Vengono elencati, in questa pagina, gli atenei laziali che hanno istituito almeno un master in Infermieristica per l'anno accademico 2008/2009 di cui abbiamo avuto comunicazioni. Accanto a ciascun master il cui bando è già disponibile on line è anche riportata, tra parentesi, la data ultima per la presentazione delle domande di ammissione. I bandi possono essere consultati nei link presenti sul sito del Collegio Ipsavi di Roma, alla sezione Formazione/Master.

Università "La Sapienza" – prima facoltà

Master in management infermieristico (31 ottobre)
 Master in management per il coordinamento nell'area infermieristica ostetrica riabilitativa e tecnico sanitaria (5 dicembre)
 Master in area critica (31 ottobre)
 Gestione infermieristica dell'emergenza nel territorio
 E-learning in area sanitaria (1 dicembre)
 Master in endoscopia digestiva in area chirurgica
 Infermiere per la ricerca
 Infermieristica della famiglia salute e ricerca
 Infermieristica ed ostetricia legale
 Infermieristica in area pediatrica
 Gestione infermieristica delle stomie
 Infermieristica in area critica cardiologica (31 ottobre)
 Infermieristica nelle cure palliative
 Infermieristica territoriale e di comunità

Università "La Sapienza" – seconda facoltà

Master in management infermieristico (3 novembre)
 Infermieristica psichiatrica e della salute mentale
 Infermieristica del mare

Infermieristica avanzata in gastroenterologia epatologia ed endoscopia digestiva
 Gestione delle lesioni cutanee (1 dicembre)
 Infermieristica chirurgica e di sala operatoria
 Infermieristica nelle breast unit
 Infermieristica in geriatria e psicogeriatra

Università "Tor Vergata"

Master in management per le funzioni di coordinamento (8 ottobre)
 Infermieristica forense e governo clinico (17 novembre)
 Infermieristica di ricerca (17 novembre)
 Infermieristica clinica nel paziente critico (17 novembre)
 Tutorship e competenze avanzate nell'Area dei Processi Formativi (aperto a tutte le professioni sanitarie) (17 novembre)
 Infermieristica in Oncologia (17 novembre)

Università "Cattolica" di Roma

Master in management per le funzioni di coordinamento (5 novembre)
 Master in nursing degli accessi venosi (5 novembre)
 Master in trapianti di organo ed emodialisi (3 dicembre)

Università "Campus Biomedico"

Master in infermieristica oncologica e cure palliative
 Master in management infermieristico
 Master in emergenze e catastrofi in contesti nazionali e internazionali

Regione Lazio, l'assestamento di Bilancio decreta la chiusura di tre ospedali romani

Nella notte tra il 4 e il 5 agosto, il Consiglio regionale del Lazio, ha approvato a maggioranza l'assestamento del Bilancio annuale e pluriennale 2008/2010 della Regione Lazio. In particolare, approvato un maxiemendamento, composto da 91 commi, in cui, tra l'altro, è stata definitivamente sancita la chiusura di tre ospedali di Roma: il San Giacomo, il Nuovo Regina Margherita e il Forlanini. Per quanto riguarda quest'ultimo, è stato stabilito il trasferimento delle sue strutture sanitarie presso l'ospedale San Camillo, che renderà disponibili propri immobili entro il 31 dicembre 2008. In ogni caso, la struttura che attualmente ospita il Forlanini si intende non più destinata ad alcuna attività sanitaria.

La legge d'assestamento prevede anche misure sulla farmaceutica, sulla centralizzazione di alcuni servizi di Asl e ospedali, come il servizio tecnico, la tesoreria e la gestione del personale. Centralizzati anche gli acquisti da effettuare, attraverso la Consip. Sul fronte delle politiche del personale, è stato istituito l'Osservatorio regionale per il governo delle richieste e delle disponibilità di personale del comparto sanità posto in mobilità, con apposite forme di incentivazione economica per la mobilità volontaria. In

particolare, la Regione autorizza meccanismi di incentivi all'esodo per le categorie per le quali i processi di riorganizzazione determinino eventuali esuberanti.

Sono stati prorogati, poi, fino al 30 giugno 2010 i contratti ai direttori generali delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere attualmente in carica, i quali però sono coinvolti nel raggiungimento degli obiettivi di razionalizzazione del servizio e di contenimento della spesa. La Giunta Regionale, dal canto suo, si impegna a verificare semestralmente i risultati conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi connessi al piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario da parte dei direttori generali. La mancata rea-

lizzazione degli interventi sarà causa di decadenza dall'incarico. Per i controlli di appropriatezza della spesa sanitaria, la manovra aumenta quantità e qualità delle verifiche e, in caso di violazioni, dispone le conseguenti sanzioni.

Inoltre, tutti i beni mobili e immobili destinati a fornire rendite patrimoniali e i beni artistico-monumentali appartenenti alla comunione delle Asl (Gepa) diventeranno proprietà della Regione Lazio, per poi essere valorizzati "al fine di contribuire all'azzeramento del disavanzo sanitario regionale". Il provvedimento, dunque, disciplina il trasferimento alla Regione di tutti quei beni della comunione delle Asl non destinati all'erogazione di servizi. La norma interviene anche per quei beni che appartengono ai Comuni ma dovrebbero oggi essere di proprietà delle Asl.

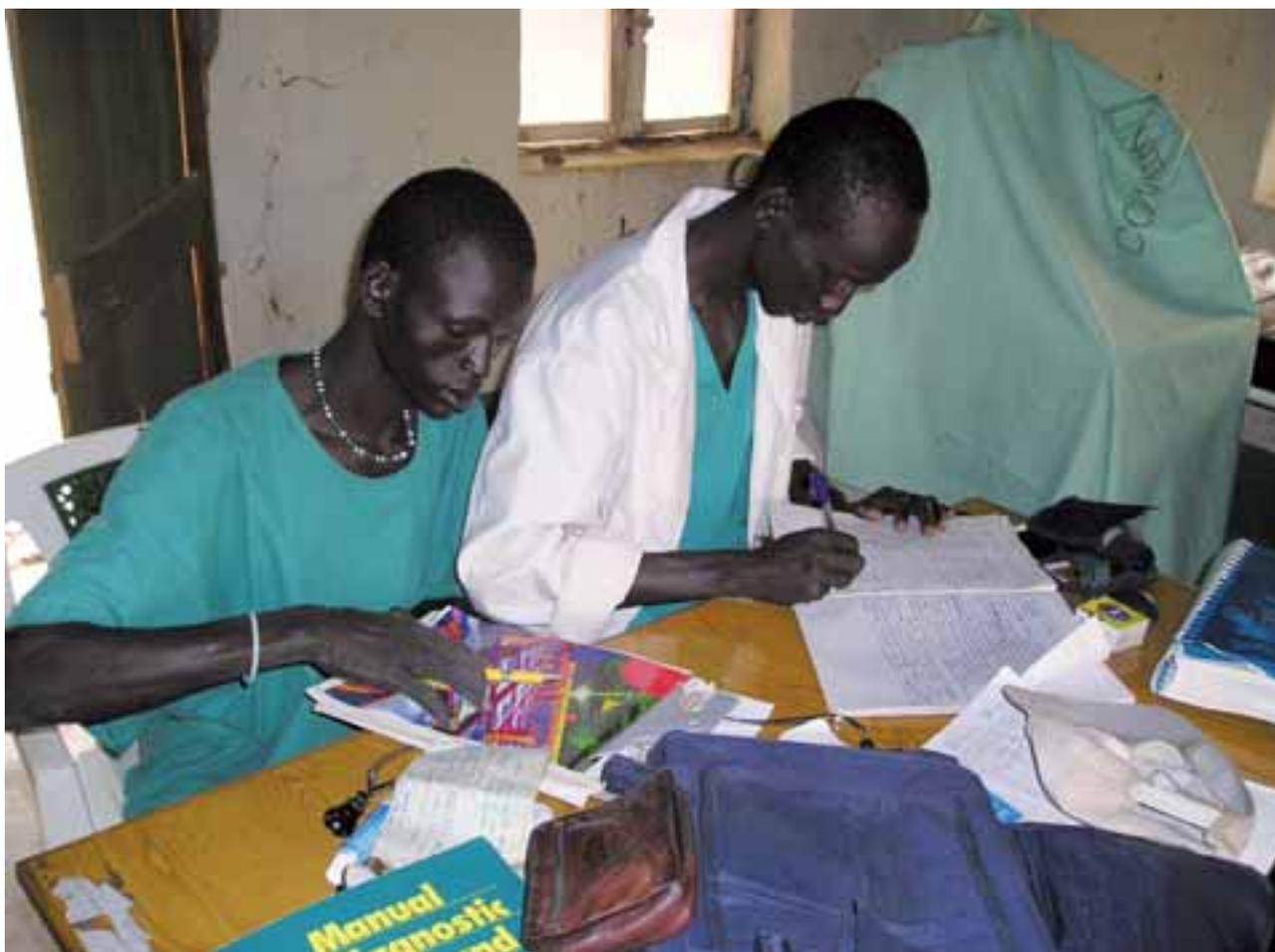
È stata infine approvata anche la norma relativa all'istituzione di due nuovi capitoli in Bilancio denominati "Contributo regionale per la ricerca e la didattica dei policlinici universitari" (un capitolo per la parte corrente e uno per la parte capitale), finalizzati ad alleggerire, nel 2008 con uno stanziamento complessivo di 171 milioni, il disavanzo della spesa sanitaria.



Liberata l'infermiera rapita in Somalia nel maggio scorso

Finalmente liberati i due cooperanti italiani nelle mani di bande armate somale dal 21 maggio scorso. L'infermiera siciliana Iolanda Occhipinti e Giuliano Paganini, volontari della Cins (Cooperazione italiana nord-sud), sono stati rimpatriati in Italia lo scorso 6 agosto. Le loro condizioni, al momento del rilascio, sono risultate discrete. Iolanda e Giuliano erano stati rapiti all'alba del 21 maggio con un vero e proprio blitz armato. Due fuoristrada carichi di uomini armati si erano presentati nella sede della Cins di Awdhegle, nella bassa Shabelle, 65 chilometri a sud di Mogadiscio, avevano bendato i due cooperanti italiani e li avevano portati via. Qualche testimone aveva parlato di sparatoria ma molto probabilmente erano solo raffiche sparate in aria. Nelle prime ore erano giunte notizie dai canali lo-

cali che i tre cooperanti - con i due italiani anche il somalo Yusuf Arale - erano in buone condizioni. Poi però per quasi tre mesi le trattative sono state condotte nel più assoluto silenzio stampa. Su richiesta delle famiglie e della stessa Farnesina che il 24 luglio scorso aveva detto: "Sono vivi e stanno bene ma per favore è fondamentale ancora il silenzio". Due cooperanti curavano un progetto per la razionalizzazione e il rilancio agricolo del Basso Shabele, l'area appunto dove sono stati prelevati. Un progetto finanziato dalla Cooperazione italiana e dall'Ue, ma gestito dalla Fao, che aveva scelto la Cins per l'intervento, cominciato lo scorso marzo. Paganini era impegnato nel ruolo di agronomo, la signora Occhipinti di amministratrice, ed il somalo di capo progetto sul posto.



Quali regole seguire per pubblicare un articolo su "Infermieri Oggi"

"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.

Gli articoli devono essere strutturati secondo il seguente schema:

1. riassunto/abstract;
2. introduzione;
3. materiali e metodi;
4. risultati;
5. eventuali discussioni;
6. conclusioni;
7. bibliografia.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli autori citati nel testo. In particolare, la bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style (consultabili al sito internet <http://www.icmje.org>).

Il vantaggio dell'uso del Vancouver Style è nel fatto che la lettura di un testo non interrotto dalla citazione risulta più facile e scorrevole. Solitamente, i rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente (es. parola²) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine dell'elaborato. Il Vancouver Style prevede:

- iniziali dei nomi degli autori senza punto, inserite dopo il cognome;
- iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo del lavoro citati;
- in caso di un numero di autori superiori a sei, può essere inserita la dicitura et al.

I modelli sotto riportati esemplificano rispettivamente come si cita: un articolo, un libro, un capitolo preso da un libro.

1. Eco U, Come scrivere in maniera chiara. La Repubblica 25 luglio 2002; 186 (33): 85-89;
2. Eco U, Come scrivere in maniera chiara. Milano: Rizzoli editore; 2002;
3. Eco U, Come scrivere in maniera chiara. In: Manuale di scrittura. Milano: Rizzoli editore; 2002. p. 93-113.

CITAZIONI DA INTERNET

Per citare un articolo su una rivista on line, è bene riportare: cognome, nome. "Titolo Articolo." Titolo Rivista. Volume: fascicolo (anno). Indirizzo internet completo (con ultima data di accesso).

Per un documento unico disponibile in rete: Titolo Principale del Documento. Eventuale versione. Data pubblicazione/copyright o data ultima revisione. Indirizzo internet completo (data di accesso).

FIGURE E TABELLE

Le figure e le tabelle devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità; saranno numerate progressivamente in cifre arabe e saranno accompagnate da brevi ma esaurienti didascalie. Nel testo deve essere chiaramente indicata la posizione d'inserimento.

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per "ad esempio"

n. per "numero"

p./pp. per "pagina/pagine"

vol./voll. per "volume/volumi"

et al. per indicare altri autori dopo il sesto nelle bibliografie.

L'acronimo è un genere particolare di abbreviazione. La prima volta che si incontra un acronimo in un testo è sempre necessario citare per esteso tutti i termini della locuzione, facendoli seguire dall'acronimo tra parentesi - ad es. Associazione Raffredati d'Italia (Ari).

Evidentemente, ciò non vale per sigle oramai entrate nell'uso comune, come tv, Usa, Aids, Fiat, Cgil, Ecm. Gli acronimi non contengono mai punti - ad es. Usa e non U.S.A.

Sigle e acronimi possono essere scritti con tutte maiuscole (IBM, WWF, BMW) o possono avere solo la prima lettera maiuscola (Eni, Spa, Onu). Questo secondo caso sembra più appro-

priato a testi a carattere divulgativo, mentre nei testi tecnici è più frequente la forma con tutte maiuscole, soprattutto in casi di acronimi che formano parole di senso compiuto, per distinguerli dalle parole comuni corrispondenti (COSTA, MONICA, ASTRO).

Bisogna sempre verificare l'omogeneità dell'uso delle maiuscole all'interno di ogni singolo testo e di ogni pubblicazione, per evitare incongruenze. In generale, è preferibile non usare il maiuscolo per aggettivi – ad es. Azienda sanitaria locale e non Azienda Sanitaria Locale.

Stesso discorso per le apposizioni – ad es. il primario Guido Mazzoleni e non il Primario Guido Mazzoleni.

Nel caso di Stato e di altri omonimi, la maiuscola ha un valore distintivo: la Regione Lazio / la regione meridionale della Spagna; la Chiesa cattolica / la chiesa dietro l'angolo.

DATE E NUMERI

Le date vanno sempre scritte per esteso, per evitare incomprensioni nella lettura. Ad es. lunedì 28 luglio 2006 e 1° gennaio (non 1 gennaio o 1 gennaio). I giorni e i mesi hanno sempre la

prima lettera minuscola.

I numeri da uno a dieci vanno scritti in lettere (tranne che nelle date!). Per tutti gli altri, l'importante è separare sempre con un punto i gruppi di tre cifre. Per le grosse cifre "tonde", usare "mila", "milioni" e "miliardi" invece di "000", "000.000", "000.000.000".

PAROLE STRANIERE

Le parole straniere vanno sempre indicate in corsivo, soprattutto se non sono ancora entrate nell'uso comune italiano. Se si decide di usare un termine straniero, è bene ricordare che non si declina mai (ad es. i computer e non i computers).

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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 (una copia in formato elettronico su floppy o cd, una copia in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato al Collegio IPASVI di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

IN PILLOLE

DNA artificiale: l'ultima frontiera

I rapidi progressi delle nanotecnologie rompono una frontiera scientifica significativa. Un gruppo di ricercatori giapponesi dell'Università di Toyama è riuscito a sintetizzare una molecola completa di Dna partendo dai suoi elementi costitutivi: le basi azotate. Fino ad oggi, le sintesi di laboratorio si erano limitate alla produzione di molecole di acido desossiribonucleico (Dna) in cui solo singoli elementi o piccole parti della catena erano stati sostituiti con elementi prodotti artificialmente. Il gruppo di ricerca di Toyama ha prodotto una molecola completa di Dna costruita interamente con basi azotate sintetizzate in laboratorio, del tutto simili a quelle naturali. Il Dna umano è composto di nucleotidi, ognuno di questi è dotato da una "coda" biochimica sempre uguale (gruppo fosfato e deossiribosio) e da una "testa" variabile a seconda della base azotata che presenta: adenina, citosina, guanina o timina. Attraverso la codifica della sequenza delle quattro basi (sintesi proteica) avviene al sintesi degli amminoacidi, i "mattoni" che costituiscono le proteine. Il lavoro dei ricercatori si è concentrato proprio sulle basi azotate. Con l'utilizzo di apparecchiature avanzate sono state riprodotte artificialmente le quattro basi azotate e sostituite a quelle naturali nella struttura di un polimero originale di Dna. L'assemblaggio ha prodotto una molecola a doppia elica destrorsa, uguale a quella naturale e per di più molto stabile. Proprio la stabilità del Dna ottenuto con la sintesi delle basi apre nuovi orizzonti applicativi per lo sviluppo di terapie genetiche e nella protezione delle informazioni contenute nei singoli geni.

XV CONGRESSO FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI

“Infermieri: valori, innovazione e progettualità per l’assistenza alla persona”

Firenze - Fortezza da Basso - 26-27-28 febbraio 2009

Il XV Congresso della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi chiude una fase storica del nostro cammino: quella dell’impegno e del lavoro su noi stessi per poter dare un’assistenza professionalizzata e responsabilmente autonoma ai nostri assistiti.

Ma il XV Congresso della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi apre anche una nuova fase: quella della consapevolezza e dell’orgoglio professionale, quella della progettualità di sistema, quella che dovrà vederci attori protagonisti nell’assistenza, nella gestione, nell’organizzazione, nella formazione e nella ricerca perché ricchi di proposte, competenze, capacità.

Ed allora, ecco il rilevante obiettivo congressuale di raccogliere, presentare e diffondere i vostri progetti e le vostre esperienze di eccellenza che già da oggi si pongono nella logica di un cambiamento eticamente responsabile dell’assistenza e del “sistema salute” e nella certezza dei cittadini del diritto di risposta ai loro bisogni.

Ed ancora, la presentazione e la celebrazione del nuovo Codice deontologico degli Infermieri italiani; alto strumento e manifestazione di impegno valoriale, di ridefinizione trasparente del nostro “campo proprio” di attività e di vitalità elaborativa del nostro gruppo professionale.

Ed infine un dibattito serrato nell’analisi critica, forte nel confronto costruttivo, consapevole dell’innovazione delle proposte della Federazione, fiducioso nella capacità di ripresa del Paese e della collettività professionale e nazionale.

Annalisa Silvestro

Presidente Federazione nazionale Collegi Ipasvi

Proponi la tua esperienza!

Se, singolarmente o in gruppo, vuoi cogliere l’opportunità di presentare un lavoro al Congresso, compila la scheda allegata. Il Comitato centrale, avvalendosi di infermieri esperti, selezionerà i lavori pervenuti.

I temi su cui misurarsi possono spaziare dall’assistenza all’organizzazione, dalla formazione, alla ricerca ecc.

Alcuni esempi:

- come ripensare il sistema assistenziale ponendo al centro i bisogni dell’assistito;
- come superare l’attuale settorializzazione delle degenze ospedaliere a favore dell’aggregazione per intensità di cure o per complessità assistenziale infermieristica;
- come ridefinire il ruolo degli infermieri per la presa in carico e la continuità assistenziale in ospedale, sul territorio e fra ospedale e territorio;
- come utilizzare le innovazioni organizzative e tecnologiche per ridurre i rischi e gli errori;
- come ri-orientare i processi formativi verso la valorizzazione delle competenze;

Collegati a http://www.ipasvi.it/chiamo/archivioeventi/proponi_esperienza.asp e invia il tuo contributo entro il 30 settembre.

Buon lavoro!

Come iscriversi ai lavori congressuali

Per partecipare alle attività congressuali è necessario:

- a) iscriversi compilando la scheda d’iscrizione;
- b) effettuare il bonifico;
- c) trasmettere la documentazione completa a “I Viaggi del Perigeo”, secondo le modalità di seguito indicate.

Alla scheda d’iscrizione deve essere sempre allegata copia del bonifico bancario intestato a:

I VIAGGI DEL PERIGEO SRL

Banca Popolare di Sondrio - Ag. 8

Iban IT 04A0569603208 000005400X10

Via Crati 1 – 00199 Roma

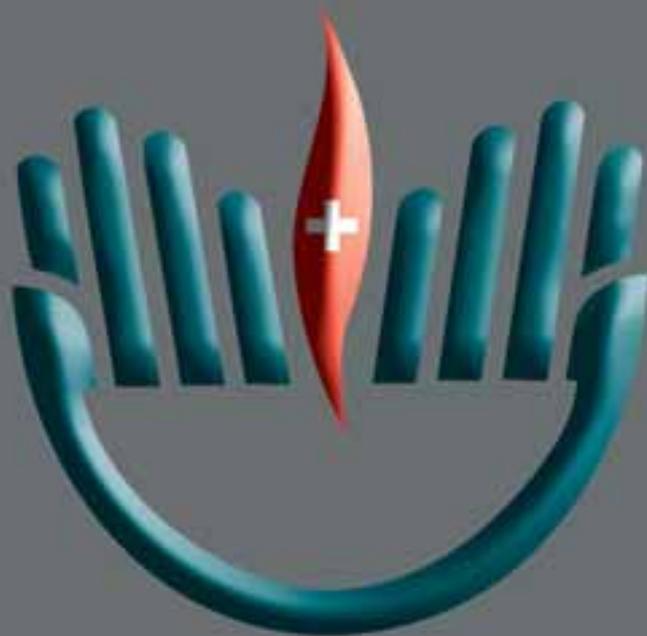
Tutte le spese bancarie relative al bonifico sono da considerare a carico del partecipante.

La scheda di iscrizione e la copia del bonifico possono essere trasmesse per fax al numero 06.8551544

per e-mail a:

congressi.ipasvi@iviaggidelperigeo.it

PER MAGGIORI INFORMAZIONI VISITA IL SITO INTERNET WWW.IPASVI.IT



COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI ROMA

Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma - Metro Ottaviano

Tel. 06.37511597 r.a. - Fax 06.45437034

Email: collegio@ipasvi.roma.it

Televideo Rai3 Pag. 439 - www.ipasvi.roma.it

Gli orari di apertura degli uffici sono i seguenti:

Lunedì e giovedì: 8,30-12,30 e 14,30-17

Martedì, mercoledì, venerdì: 8,30-12,30